617.55

Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr.

Ueber die Ausheilung der Peritoneal-tuberculose durch Laparatomie.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

vorgelegt und öffentlich verteidigt

am Donnerstag den 27. Februar 1902, mittags ½12 Uhr

von

Johann v. Krenecki,
prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.
Druck von Hugo Jaeger, Köttelstrasse 19.
1902.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität
Königsberg i. Pr.

Referent: Professor Dr. Winter.

Dem Andenken

seines seligen Vaters.

Gegenüber den zahlreichen Mitteilungen der verschiedensten Autoren, welche den überraschenden und auch heute in seinem Wesen noch rätselhaften Erfolg der Laparatomie bei Peritonealtuberculose immer wieder aufs neue bestätigen, erhoben sich in den letzten Jahren mehrfach Stimmen, welche vor den allzukühnen Hoffnungen warnten und der Lehre von der spezifischen Einwirkung einer Incision auf die Tuberculose des Bauchfells entgegentraten. So warnten schon Schede im Jahre 1887 gelegentlich einer Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg durch den Hinweis auf einige nach der Laparotomie ungünstig verlaufene Fälle vor Ueberschätzung der günstigen Resultate. Auch Czerny spricht sich im Jahre 1890 nach den Erfahrungen, die er gemacht hat, nicht enthusiasmiert über den Erfolg der Laparatomie aus und ist der Ansicht, dass die litterarische Ausbeute zu schön gefärbt erscheine. Ebenso verhalten sich Prochownick und von Winckel den günstigen Resultaten der Laparatomie gegenüber zurückhaltend. Wunderlich hat, veranlasst durch seine persönlichen schlechten Erfahrungen, es unternommen, die Litteratur nach der Richtung hin durchzusehen, ob und in welcher Häufigkeit von anderer Seite derartige ungünstige Beobachtungen bei der operativen Therapie der Peritonealtuberculose mitgeteilt worden sind. Dabei hat er ein überraschend ungünstiges Resultat erhalten, das in krassem Widerspruch mit den allgemein giltigen Anschauungen über den Heileffekt der Laparatomie überhaupt steht. Er selbst betont, dass

man angesichts dieser Erfahrungen sogar versucht sein könnte, an jeder Heilwirkung der Laparatomie zu zweifeln, wenn nicht das anatomische Verhalten der Tubercel nach der Laparatomie mit Bestimmtheit erhellte, dass diese die Erkrankung günstig beeinflussen kann; doch darf man nur nicht soweit gehen, sie als einziges und sicheres Mittel zur Heilung anzusehen.

Einen direkten Zweifel an der Heilwirkung der Laparatomie spricht Borchgrewink aus. Nach seiner Ueberzeugung hat die Laparatomie gar keinen heilenden Einfluss auf die Tubercel des Bauchfells. Zum mindesten ist eine Heilwirkung auf die Tubercel nicht erwiesen. Er glaubt vielmehr ungezwungen annehmen zu dürfen, dass die vorgekommenen Heilungen nicht der Laparatomie, sondern der spontanen Heilungstendenz, welche die bacillenarmen Bauchtubercel auszeichnet, zu verdanken seien. Dem entsprechend verwirft er die Laparatomie für alle Fälle von tuberculöser Peritonitis und behauptet sogar, dass durch die Operation unter gewissen Umständen der Kräftezustand des Patienten geschädigt und die Verkäsung der Tubercel begünstigt und beschleunigt werden kann. Er richtet daher sein ganzes Augenmerk nur auf die interne Behandlung und berichtet von einer spontanen Heilung von 81.8 %, ein Resultat, welches das durchschnittliche Heilungsresultat der Laparatomie nicht wenig übertrifft.

Die Heilung der tuberculösen Peritonitis ohne Operation ist in der That nichts Seltenes. Es gilt dieses sowohl von den Formen der fibrinoplastischen Peritonitis als auch von denen mit Flüssigkeitserguss. Eine Ausnahme dürften wohl nur die relativ seltenen Fälle von eitriger oder jauchiger Peritonitistuberculosa machen. Aber ebenso wie die spontane Heilung der Peritonealtuberculose anatomisch konstatiert ist, so ist auch, gegenüber der Behauptung Borchgrewinks, nach

der Laparatomie eine Heilung entweder anatomisch bei der Sektion oder bei einer zufälligen zweiten Laparatomie sicher festgestellt worden. Seine Ansicht, dass Heilungen nach der Laparatomie nur der spontanen Heilungstendenz der Bauchtubercel zuzuschreiben seien, steht nur ziemlich vereinzelt da. Die meisten Autoren betrachten die Laparatomie als einen direkten Anstoss zur Heilung. Wie Hegar sagt, sind die Resultate nach der Laparatomie doch zu ausgeprägt und treten, was besonders von Bedeutung ist, zu rasch nach der Operation ein, als dass sie der spontanen Heilungstendenz zu verdanken seien. Jaffé, Koenig, Nassauer, v. Winckel, Herzfeld, Lauper, Lindner, Sippel und verschiedene andere Autoren sehen in der Laparatomie ein mächtiges Hilfsmittel bei der Behandlung der Peritonealtuberculose.

Sind die Resultate der Laparatomie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch von dauerndem Erfolg begleitet, so giebt es aber immerhin doch eine gewisse Anzahl, bei denen trotz ausgeführter Operation das Leiden unbeeinflusst weiter fortschreitet. Da nun in einem Teil der Fälle die Laparatomie auf die Peritonitis tuberculosa einen sichtlichen Erfolg ausübt, während sie andererseits des öfteren ohne Einfluss auf das Leiden bleibt, müssen entschieden Gründe vorhanden sein, die die Verschiedenheit der Resultate bedingen. Von mehreren Seiten ist bereits der Versuch gemacht worden, hierfür eine Erklärung zu geben. Man schob die Erfolge oder Misserfolge der Laparatomie der geringeren oder weiteren Ausbreitung der Erkrankung zu. So kann man nach Czerny bei bereits ausgebrochener diffuser Peritonitis von einem operativen Eingriff nicht mehr viel erwarten. Andererseits hat man die Resultate besonders auf die verschiedenen Arten der Erkrankung des Peritoneums zurückgeführt. Hierbei hat

sich ergeben, dass die Erfolge bei der exsudativen Form bei weitem günstiger sind als bei der trockenen, und dass die Fälle mit eitrigem Erguss die schlechteste Prognose liefern. Zwischen der exsudativen und trockenen Form der tuberculösen Peritonitis macht Theilhaber einen solchen Unterschied, dass er bei der Tuberculose des Peritoneums ohne Exsudat und bei der fibrinoplastischen Form der tuberculösen Peritonitis nicht incidiert, sondern nur die üblichen Mittel der internen Medizin zur Anwendung bringt, während er bei der exsudativen Form mit bereits länger bestehendem Erguss die Incision macht.

Diese bisher angeführten Ursachen für die Misserfolge der Laparatomie bei Peritonealtuberculose liefern jedoch keine genügende Aufklärung. Es soll mir daher die Aufgabe werden, an der Hand der mir von Herrn Professor Winter gütigst überwiesenen Fälle und der in der Litteratur verzeichneten die Gründe anzuführen weshalb teils Erfolge, teils Misserfolge bei der Laparatomie eintreten.

Zu diesem Zwecke will ich zunächst die Krankengeschichten der in der hiesigen Klinik beobachteten Fälle von Peritonitis tuberculosa in extenso anzuführen und daran aus der Litteratur gesammelte Fälle anreihen, um an der Hand dieses Materials meiner mir gestellten Aufgabe nachzukommen.

Frau A. M., 28 Jahre, aus Nordenberg, Kreis Gerdauen. Aufgenommen 3. XII. 1891, Laparatomie 5. XII., Entlassung 19. XII. 1891.

Anamnese: Patientin ist hereditär nicht belastet und im wesentlichen in ihrer Jugend immer gesund gewesen. Seit dem 13. Lebensjahr hat sie regelmässig bei geringer Blutung mit Schmerzen menstruiert. Letztere waren erheblich schwächer seit ihrer vor 7 Jahren erfolgten erstmaligen Verheiratung. Diese wie auch die jetzige Ehe ist kinderlos. Der erste Mann ist an Schwindsucht gestorben. Im März dieses Jahres unterwarf sich Patientin einer kleinen Operation an der Gebärmutter, und seit dieser Zeit ist die Blutung bei der Periode sehr viel reichlicher und angeblich weniger schmerzhaft als früher. Im Juli dieses Jahres bemerkte Patientin, dass sie im Leibe an der linken Seite eine Geschwulst hätte. Dieselbe machte ihr keine besonderen Schmerzen, nur hatte sie diejenigen Beschwerden, wie sie gerade Frauen zu klagen pflegen, und Patientin glaubte schwanger zu sein. Da aber die Periode bis heute regelmässig wiederkehrte, gab sie diese Vermutung auf und wandte sich an einen Arzt, der ein Neoplasma im Abdomen konstatierte, und sie der Klinik zur Operation überwies. Der Tumor soll kontinuierlich gewachsen sein. Die Brüste sind nicht straffer geworden.

Status: Grosse, blühend aussehende Patientin von schlankem Körperbau. Herztöne rein. Ueber beiden Lungen hört man etwas verschärftes Exspirium, und über

der rechten diffus verbreitet mittelblasige nicht consonierende Rasselgeräusche. Das Abdomen ist etwas vorgetrieben. Bei der Percussion bekommt man eine Dämpfungsgrenze, welche bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse heraufreicht und nach den Seiten zu sehr viel weiter in die Höhe geht, so dass ein nach oben konkaver Dämpfungsbogen entsteht. Lagert man die Patientin auf die eine oder andere Seite, so hellt sich an der entgegengesetzten, an den Stellen, wo früher gedämpfter Schall war, die Dämpfung auf. Durch die Palpation ist nur Fluctuation und zwar grosswellige, jedoch keine Tumorgrenze zu konstatieren. Die Bauchvenen sind nicht erweitert. Bei der inneren Untersuchung findet man den Uterus von normaler Grösse und etwas nach rechts vertiert. Ein Tumor ist auch von hier nicht abzutasten.

Diagnose: Tuberculose des Peritoneums, Ascites.

Operation: Operateur Geheimrat Dohrn. In Horizontallage wird in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse in der Linea alba ein circa 6 cm langer Bauchschnitt gemacht. Die Bauchdecken sind dünn, mässig blutreich, die Linea alba wird leicht gefunden. Aus der Bauchwunde fliesst eine gelbe grünliche nicht fadenziehende Flüssigkeit, die sofort als Ascites angesprochen wird. Etwa 3 Liter werden davon entleert. Ein Tumor ist nirgend zu fühlen, dahingegen ein Membran etwas über Nabelhöhe, welche die Bauchhöhle in eine obere und untere Abteilung teilt. Da in der Wunde Darmteile zu sehen waren, so war es zweifellos, dass es sich um einen abgekapselten Ascites handele. Die ganze Innenfläche ist besetzt von hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen, so dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Tuberculose des Peritoneums handelt. Nach gründlicher Entleerung des Ascites wird die Wunde durch Silbersuturen geschlossen.

Verlauf: 11. XII. Der Heilungsverlauf ist ohne Störung.

18. XII. Am 9. Tage wurden die Suturen entfernt, die Wunde zeigte sich per primam geschlossen. Seit den letzten drei Tagen befindet sich Patientin meistens ausser Bett. Das Befinden ist relativ sehr gut. Ascites ist bis jetzt nicht nachweisbar. Puls und Temperatur normal.

19. XII. Patientin wird entlassen.

Befund 10 Jahre nach der Operation:

Der Leib ist weich gut eindrückbar. Oberhalb des Nabels ist ein Tumor fühlbar, der den Eindruck des verdickten und geschrumpften Netzes macht. Seit der Operation ist Patientin im wesentlichen stets gesund gewesen. Vor etwa vier Jahren fand sich in der rechten Achselhöhle eine etwa wallnussgrosse Lymphdrüse, die exstirpiert wurde.

Frau H., geb. T., 46 Jahre. Fütterersfrau aus Posengnicz, Kreis Gerdauen. Aufnahme 7. II. 1896. Operation 12. II. Entlassung 1. III. 1896.

Anamnese: Die Eltern der Patientin sind an unbekannten Krankheiten gestorben. Als Kind will Patientin Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Seit ihrem 14. Jahre ist Patientin stets regelmässig in 4wöchentlichen Intervallen bei 5 tägiger Blutung schmerzlos menstruiert worden. Mit 24 Jahren hat Patientin geheiratet und in dieser Ehe 15 mal geboren. Letzte Geburt im Januar 1895. Seit der letzten Geburt blieb die Periode aus, um Ende Dezember wiederzukehren und bis jetzt mit ganz kurzen Unterbrechnngen anzudauern.

Die Geburten sind alle normal verlaufen, die Wochenbetten dauerten 3—5 Tage. 9 Kinder leben und sind gesund, die anderen sind zum Teil ganz jung, zum Teil an Kinderkrankheiten gestorben. Seit Sommer

vorigen Jahres hat Patientin eine zunehmende Auftreibung des Leibes bemerkt. Appetit schlecht, Stuhlgang und Urinentleerung normal. In letzter Zeit ist Patientin sehr verfallen. Seit November besteht nach ihrer Angabe ein Scheidenvorfall, dessentwegen sie einen Ring getragen hat.

Status; Mittelgrosse, kachektische, dyspnoische Patientin mit stark geschwundenen Panipulus adiposus, geringem Oedem an beiden Unterschenkeln, ohne Exantheme, mit schlaffer atrophischer Muskulatur. Herzaction schwach, Töne rein, Lungen normal. Abdomen stark aufgetrieben breit, Hängebauch, sehr ausgedehnte Striae. In den oberen Partieen tympanischer Schall, welcher in der Mittellinie bis 4 Finger breit unterhalb des Nabels und dann auf beiden Seiten bis in die Lumbalgegend verläuft. Undeutlich fühlt man weiche, in ihrer Grösse nicht bestimmbare verschiebliche Massen. Introitus sehr weit, Prolaps der hinteren Vaginalwand, Uterus tief stehend. Aeusserer Muttermund klaffend. Uterus in anteflectierter Haltung, nicht vergrössert, frei beweglich.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa. Ascites.

Laparatomie: Operateur Dr. Schütze. Horizontallagerung. 6 cm langer Schnitt in der Linea alba. Es entleeren sich circa 5 Liter typischer Ascitesflüssigkeit. Bei der Austastung der Bauchhöhle fühlt man das Peritoneum parietale und viscerale ganz dicht besetzt mit stecknadelkopf- bis linsengrossen harten Knötchen, von graurötlicher Farbe. Ein Stück des Peritoneum parietale wird zur histologischen Untersuchung excidiert. Nach Ablassung des Axites sieht und fühlt man ein ganzes Convolut von Dünndarmschlingen mit einander und mit dem Netz verwachsen, welches das undeutliche Gefühl eines weichen Tumors (confer Status präsens) gegeben hat. An eine Lösung der Adhäsionen ist nicht

zu denken. Schluss der Bauchwunde durch 6 Seidenknopfnähte. Antiseptischer Verband.

Verlauf: 21. II. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte. Prima intentio.

24. II. Patientin fühlt sich wohl. Aufstehen.

28. II. Verbandwechsel.

1. III. Patientin wird in leidlich gutem Allgemeinbefinden entlassen. Es scheint sich wieder etwas Ascites gefunden zu haben.

Anatomische Diagnose des excidierten Peritoneumstückchens: Typische Epitheloidzellen. Tubercel mit Riesenzellen.

Patientin ist am 27. November 1896 in ihrer Heimat an fortschreitender tuberkulöser Peritonitis gestorben.

Frau M. R., geb. K., 49 J., Besitzerfrau, Gindellen Kreis Ragnit. Aufgenommen 6. VII. 1896, Operation 11. VII., Entlassung 28. VIII. 1896.

Anamnese: Der Vater der Patientin ist an Wassersucht, die Mutter an Lungenentzündung gestorben. Als Kind ist Patientin immer gesund gewesen. Seit dem 14. Jahr ist Patientin regelmässig in vierwöchentlichen Intervallen bei 4—6tägiger starker Blutung schmerzlos menstruiert. Seit ihrem 19. Jahr ist Patientin verheiratet, hat 5mal geboren und 3mal abortiert. Geburten und Wochenbetten verliefen glatt.

Seit 6 Jahren tritt die Periode verstärkt auf, dauert etwa 14—20 Tage, und zwischen den einzelnen Blutungen war Patientin 10—15 Tage blutfrei.

Letzte Periode besteht seit 8 Tagen.

Patientin klagt über Kreuz- und Leibschmerzen und schweren Stuhlgang. Urinlassen normal, Appetit mässig. Eine Geschwulst im Leibe soll in den letzten 6 Jahren langsam gewachsen sein.

Status: Ziemlich kräftig gebaute, leidlich genährte Patientin mit ganz geringen Oedemen an beiden Unterschenkeln. Brustorgane normal. Abdomen stark aufgetrieben, z. T. infolge Fettreichtums der Bauchdecken, z. T. infolge von Meteorismus, etwas hängend. Oberhalb der Symphyse und sich bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels erstreckend, fühlt man einen harten, knolligen Tumor, der aus dem kleinen Becken aufzusteigen scheint. In der rechten Unterbauchgegend fühlt man weiterhin einen mannsfaustgrossen, ziemlich runden, anscheinend prall elastischen Tumor, der mit den zunächst erwähnten in ziemlich inniger Verbindung zu stehen scheint. Die Hautvenen sind nicht dilatiert. Die Inguinaldrüsen nicht geschwollen, freie Flüssigkeit ist im Abdomen in nicht unerheblicher Menge nachweisbar. Introitus und Vagina weit, Portio 2 cm lang, ziemlich dick. Der Uterus scheint ganz in den von aussen gefühlten Tumormassen aufzugehen. Die Tumoren besitzen eine gewisse Beweglichkeit, und liegen der Hauptsache nach im grossen Becken, das kleine Becken ist im Wesentlichen frei. Uterinhöhle liegt vorn und etwas nach links, ist 12 cm lang. Urin ist klar, eiweissfrei.

Diagnose: Uterus fibromatosus, Ascites, Peritonitis tuberculosa, Pyosalpinx dextra.

Laparatomie: Operatur Dr. Schroeder: Beckenhochlagerung. 8 cm langer Schnitt in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Die Bauchdecken haben ganz das gewöhnliche Aussehen, nur das Peritoneum ist stark verdickt und bläulich verfärbt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird eine grosse Menge heller, klarer, geblich gefärbter Flüssigkeit entleert. Danach lässt sich konstatieren, dass sowohl das Peritoneum parietale, als auch das Peritoneum viscerale überall mit kleinen, dicht stehenden Stecknadelkopf grossen hellgelb bis blaurot aussehenden Knötchen be-

deckt ist. In der Mitte des Leibes und die Mitte zwischen Nabel und Symphyse noch überragend findet sich der stark vergrösserte uterus, der durchaus wie ein Uterus fibromatosus aussieht, recht hart ist, und ebenfalls mit zahlreichen kleinen Knötchen besetzt ist. Rechts von diesem Tumor befindet sich ein kleinerer, der mit dem Uterus in ziemlich dünner Stielverbindung steht, und eine viel weichere Konsistenz hat. Derselbe hat zahlreiche Verlötungen sowohl mit Därmen, als auch mit dem Peritoneum parietale eingegangen, so dass seine Beweglichkeit gering ist Dieser letzte Tumor wird für ein Carcinom des rechten Ovariums gehalten, die kleinen Knötchen, mit denen das Peritoneum übersät ist, werden als metastatische Carcinomknoten angesehen. Unter diesen Verhältnissen erscheint die Entfernung der grossen Tumoren zweckles, und es wird nach Excision eines Peritonealstückchens zur mikroskopischen Untersuchung und gründlicher Entleerung des Ascites die Bauchhöhle durch 5 tiefe und 4 oberflächliche Seidensuturen geschlossen.

Verlauf: 8. VII. Seit 4 Tagen besteht starker Hustenreiz und eitriger Auswurf. Der Verlauf war im übrigen bisher reaktionslos.

24. VII. Patientin steht auf. Es besteht ebenso wie vor der Operation dauernd mässig starker Blutabgang.

28. VII. Patientin wird, nachdem sie sich hinreichend erholt hat, heute entlassen. Der Verlauf war vollkommen fieberfrei.

Die anatomische Untersuchung des excidierten Peritonealstückchens ergab Tuberculose.

Befund $5^1/_2$ Jahre nach der Operation: Gut gebaute, ziemlich fettreiche Person von frischem Aussehen. Der Thorax ist kräftig gebaut. Sowohl in der Supra- wie in der Intraclaviculargegend lauter Lungenschall. Nirgend

eine gedämpfte Partie. Ueberall vesiculäres Atmen. Nirgend Rasseln oder Geräusche.

In der Medianlinie des Abdomens eine 10 cm lange festconsolidierte Narbe, die 2 Querfinger oberhalb der Symphyse beginnt und sich bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels erstreckt. Bauchdecken ziemlich fettweich. Die Percussion ergiebt überall, auch in den Weichen tympanitischen Schall. Introitus und Vagina mässig weit. Uterus vergrössert, etwa Kindskopf gross, von harter Consistenz. Links neben dem Uterus überall weiches Gewebe, kein Tumor. Auch rechts kein Befund, wenigstens kein gröberer. Ein feinerer lässt sich wegen des Fettreichtums nicht fesstellen.

Patientin hat keine Beschwerden, nur beim schweren Heben empfindet sie ziehende Schmerzen im Unterleib. Stuhlgang normal. Kein Husten. Appetit gut. Die Regel bestand bis vor zwei Jahren, war immer sehr stark und schmerzhaft. Ausfluss besteht nicht.

Frau P. K., 31 Jahre. Schmiedemeistersfrau aus Tilsit. Aufnahme 30. X. 1897. Laparatomie 8. XI. 37. Entlassung 3. III. 98.

Anamnese: Als Kind hat Patientin Scharlach und Masern durchgemacht. Im 14. Lebensjahre trat die erste Periode auf. Dieselbe ist seitdem stets regelmässig gewesen und dauerte 4 Tage. Die Blutung dabei war mässig. Schmerzen waren nicht vorhanden. Patientin hat dreimal geboren. Die beiden ersten Geburten gingen spontan zu Ende. Beim dritten Kinde vor 2 Jahren wurde wegen einer Schräglage in Narcosa eine innere Wendung gemacht. Einige Stunden nach dieser Operation wurde das Kind spontan in Schädellage geboren. Die Wochenbetten waren alle fieberfrei, die Kinder leben.

Seit einem Jahre fühlt Patientin sich krank. Es stellten sich damals Schmerzen im Leibe und eine Auf-

treibung des Unterleibes ein. Die letztere ging auf ärztliche Behandlung vollständig zurück, die Schmerzen nahmen jedoch immer an Heftigkeit zu. Anfang Juni begann die Periode unregelmässig zu werden, was die Zeit (in Intervallen von 1—3 Wochen) als auch was die Stärke derselben betrifft. Im August dieses Jahres trat zum ersten Mal eine starke Blutung auf, bei der eine Menge schwarzer übelriechender Coagula entleert wurden. Seit dieser Zeit leidet Patientin an einem dicken schleimig eitrigen Ausfluss. Die Blutungen haben sich mehrmals, zum letzten Mal in der vorigen Woche wiederholt. Appetit gut, Stuhlgang sehr träge und schmerzhaft. Keine Urinbeschwerden.

Status: Mässig kräftig gebaut; noch leidlich genährte Patientin ohne Oedeme und Exantheme. Brustorgane normal.

Abdomen ziemlich flach, weich, angeblich überall empfindlich. In der linken Unterbauchgegend fühlt man bei tiefem Eindrücken undeutlich eine Resistenz. Der Uterus liegt anteflectiert, ist etwas vergrössert seine Beweglichkeit erheblich beschränkt. Links und hinten von ihm liegt ein kleinfaustgrosser Tumor von prall elastischer Consistenz. Derselbe reicht nach oben bis 2 Fingerbreit unterhalb des Nabels, nach unten bis tief in den Beckeneingang hinein. Er ist sehr wenig beweglich und dürfte wohl von den linken Adnexen ausgehen. Mit der Hinterwand des uterus ist er anscheinend breit verwachsen. Rechts findet sich ein Hühnerei grosser Tumor, der deutlich seinen Ausgangspunkt von der Uteruskante nimmt und mehrfach Einschnürungen aufweist. Derselbe entspricht der erweiterten rechten Tube. In der Vagina eine mässige Menge schleimig-eitrigen, wohl cervicalen Secrets. Uterushöhle 7 cm lang.

Urin klar, enthält weder Zucker noch Eiweiss.

Diagnose: Tuberculöser doppelseitiger Adnextumor. Leukorrhoe, abgekapselter Ascites.

Operation: 8. XI. 97. Operateur Prof. Dr. Winter. Beckenhochlagerung. Mittellanger Bauchschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich das Netz, das bis unten in die Excavatio vesicuterina mit der Bauchdecke, dem Blasenfundus und den Adnexen verwachsen ist. Nunmehr Trennung der Adhäsionen ohne wesentliche Blutung. Nach deren Trennung präsentiert sich eine mit grauen Knötchen bedeckte peritoneale Membran, die beim Manipulieren im Douglasschen Raum zerreist. Dabei entleert sich flockig getrübte Flüssigkeit. Beide Adnexe zeigen daumendicke Tuben, die mit dem Ovarium verklebt sind. Zunächst wird die linke, dann die rechte stumpf ausgelöst und in drei Partien abgebunden. Der uterine Teil der Tuben wird aus dem Uterushorn ausgeschnitten und nach Umstechung der Uterinäste wird das uterine Horn vernäht. Die vordere und hintere Membran lässt sich stumpf von der Umgebung trennen und erweist sich nur als Pseudomembran, welche durch Tuberkulose verdickt ist. Der übrige Teil der Bauchhöhle ist durch Verwachsung des Netzes verdeckt, so dass erst nach Trennung desselben ein Stück Dünndarm sichtbar wird, bedeckt mit tuberkulösen Knötchen. Flüssigkeit findet sich im oberen Teile der Bauchhöhle nicht mehr. Isolierte Peritonealnaht. Desinfektion der Bauchwunde mit Sublimat, isolierte Fasciennaht mit Catgut. Neun Seidenknopfnähte durch die äussere Haut. Occlusionsverband mit Collodium. Dauer der Operation 47 Minuten.

Verlauf: 12. XI. In den ersten Tagen nach der Operation war die Pulsfrequenz stark erhöht, sonstige Störungen sind aber nicht aufgetreten.

19. XI. In den letzten Tagen ist die Pulsfrequenz, welche schon eine ganz normale war, wieder auf 110

und darüber gestiegen. Patientin klagt über starke Spannung im Leibe. Eigentliche Schmerzen sind nicht vorhanden. Das Abdomen ist ein wenig aufgetrieben, der Appetit ist wieder ganz geschwunden.

20. XI. Die Abendtemperatur ist seit zwei Tagen etwas erhöht. Bei dem heutigen Verbandwechsel entleert sich aus dem unteren Wundwinkel eine ziemlich erhebliche Quantität gelber seröser Flüssigkeit. Es wird die Hälfte der Nähte entfernt. Prima intentio. Bei der internen Untersuchung fühlt man im Douglas eine nicht mehr als Hühnerei grosse, feste, ziemlich druckempfindliche Resistenz. Im übrigen erscheint das kleine Becken frei von Entzündungsherden.

22. XI. Aus dem unteren Teil des Bauchschnitts entleert sich eine ziemlich reichliche Menge alten, flüssigen, nicht übelriechenden Bluts. Es wird daher der Verband gewechselt; dabei lässt sich aus dem mittleren wie aus dem unteren Teil des Schnitts noch eine ziemlich erhebliche Quantität Blut ausdrücken.

25. XI. Der Verband ist wieder durchnässt. Das Sekret riecht zersetzt. Nach Abnahme des Verbandes lässt sich aus einigen kleinen Oeffnungen im mittleren und oberen Teil des Schnitts wieder eine nicht ganz geringe Quantität alten Bluts entleeren. Es wird der Rest der Nähte entfernt; die Wunde ist, abgesehen von den erwähnten Oeffnungen, per primam geheilt. Der Leib ist wieder ganz flach, die rechte Unterbauchgegend ist etwas druckempfindlich. Die Temperatur ist seit mehreren Tagen wieder zur Norm zurückgekehrt, die Pulsfrequenz ist noch erhöht. Die Stuhlentleerungen sind normal. Opium wird nicht mehr verabreicht. Der Appetit ist noch gering. Der Verband soll alle zwei Tage gewechselt werden.

4. XII. Die Temperatur ist noch mehrfach etwas erhöht gewesen. Patientin klagt über mässig starke

Schmerzen im Abdomen. Der Appetit ist noch gering. Die kleine Oeffnung im oberen Teil des Schnitts ist verheilt, im mittleren Teil desselben ist die Haut in einer Ausdehnung von 2 cm wieder auseinander gewichen. Aus diesem Loch entleeren sich reichliche Mengen von Sekret, das nur zum Teil noch blutig, der Hauptsache nach rein eitrig ist. In der Tiefe ist die blossliegende Fascie sichtbar.

7. XII. Der Zustand hat sich im Ganzen etwas gebessert. Bei der heutigen Rivision lässt sich die Sonde nach oben und unten bis zum Ende des Schnitts vorschieben. Die Sekretion ist noch sehr reichlich, zum Teil blutig. Es wird im oberen Teil des Schnitts eine kleine Incision angelegt und durch die Höhle ein Jodoformgazestreifen gezogen. Patientin wird auf die septische Station verlegt.

Bei der Verlegung auf die septische Station ist der Zustand der Patientin folgender: Etwas anämisch, in ihrem Ernährungszustand nur wenig heruntergekommen. Lungen- und Herzbefund normal. Temperatur 36,7. Puls 56. Abdomen nicht aufgetrieben. In der Mittellinie befindet sich eine etwa 12 cm lange Laparatomiewunde, die in ihrem oberen Drittel durch eine ungefähr 2 cm lange Hautbrücke vereinigt ist. Die Wunde secernirt ziemlich reichlichen eitrigen Inhalt. Die Wundhöhle ist mit Jodoformgaze tamponiert.

10. XII. Die Wundhöhle secerniert noch ziemlich reichlich Eiter. — Verbandwechsel.

13. XII. Verbandwechsel. Die Sekretion der Wunde ist etwas geringer geworden.

16. XII. Verbandwechsel. Es besteht nur geringe Sekretion aus der Bauchwunde. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Kein Fieber.

18. XII. Verbandwechsel. Auch heute secerniert die Wunde nur wenig.

20. XII. Bei der heutigen Revision der Wunde zeigt sich, dass im unteren Drittel derselben eine etwa 8 cm in die Tiefe führende Oeffnung besteht, aus welcher sich auf leichten Druck auf die Bauchdecken reichlich Eiter entleert. Von heute ab wird die Wunde täglich frisch verbunden (mit Jodoformgaze ausgestopft), nachdem die kleine Hautbrücke im oberen Drittel derselben durchtrennt ist.

23. XII. Die Sekretion aus der in die Tiefe führenden Oeffnung ist nicht mehr so stark.

28. XII. Die Sekretion hat sich weiter verringert, die Hautwunde verkleinert sich gut; das Befinden ist gut.

1. I. 98. Status idem.

4. I. Da der Abscess keine Tendenz zur weiteren Heilung zeigte, wird erst eine Sonden-, dann in Narkose eine Digotaluntersuchung der Höhle vorgenommen. Dabei zeigt es sich, dass die Höhle nach links dicht unter den Bauchdecken etwa 12 cm reicht, nach unten zu den Beckenboden erreicht. Sie ist völlig abgekapselt und hat schlaffe Granulationen. Nur nach oben ist eine kleine Zone, die sich wie das grosse Netz anfühlt. Etwa 12 cm von der ursprünglichen Laparatomiewunde wird links eine Gegenincision durch die Bauchdecken gemacht, ebenso eine andere nach der Scheide zur Jodoformgazetamponade. Verband. Am Abend und in der Nacht hat Patientin grosse Schmerzen. 2 Opiumzäpfchen.

5. I. Schmerzen geringer. Leib sehr druckempfindlich, Brechneigung, etwas Aufstossen. Bis heute sind Flatus noch nicht abgegangen. Temperatur geht in die Höhe 37,8, Pulsfrequenz desgl. 120.

10. I. Patientin fühlt sich matt, Appetit gering. Sekretion in der Abscesshöhle noch immer reichlich. Leib etwas aufgetrieben und leicht schmerzhaft, be-

sonders oberhalb des Nabels. Temperatur bleibt abends auf 38 °. Fulsfrequenz 120. 2tägiger Verbandwechsel.

15. I. Allgemeinbefinden, Puls und Temperatur ohne Veränderung. Da aus der Gegenöffnung nach der Vagina kein Ausfluss besteht, wird diese erweitert und ein mittelstarker Drain eingeführt.

16. I. Abfluss des Sekrets durch den Drain. Patientin hat in der Nacht Husten bekommen. Befund: mässig zahlreiches Rasseln, besonders rechts oben.

18. I. Patientin klagt über Schmerzen im Leibe. Abdomen besonders in der Gegend des rechten Hypochondriums sehr druckempfindlich. Leib gespannt. Haut glänzend. Einmaliges leichtes Erbrechen, kein Singultus. Ueber dem Abdomen auch in den abhängigen Partieen nirgend Dämpfung; keine freie Flüssigkeit nachweisbar: untere Leberdämpfungsgrenze 4 Querfinger über den Rippenbogen, obere 2 unterhalb der Mammilla. Appetit ist sehr gering, der abendliche Puls schwankt zwischen 94 und 136, die Temperatur zwischen 36,9 und 38. Im allgemeinen steht die Pulskurve, höher wie normal über der Temperaturkurve. Aus dem nach der Vagina gelagerten Drain entleert sich ziemlich reichlich dicklicher, gelber Eiter. Die Bauchwunde zeigt gute Granulation.

20. I. Die Schmerzhaftigkeit, Druckempfindlichkeit und Spannung des Leibes lassen langsam nach. Winde gehen spärlich ab. Husten geringer geworden. Temperatur 37,5, Puls 132.

27. I. Meteorismus völlig geschwunden. Leib nur in der Nähe der Wunde etwas druckempfindlich. Eiter grünlich verfärbt, fliesst gut durch den Drain ab. Sekretion nicht vermindert. Die laterale Incision bis bis auf 1½ cm Länge verheilt. Verband wird von jetzt ab mit sterilisierter Gaze angelegt. Allgemeinbefinden

bedeutend gebessert, ebenso der Appetit. Temperatur 37,2. Puls 96.

5. II. Während zweier Tage von 2—3 trat wieder geringer Meteorismus und Schmerz- und Druckempfindlichkeit des Leibes, besonders rechts auf, die jedoch jetzt völlig geschwunden sind. Verband mit steriler Gaze stark grünlich gefärbt. Wieder Jodoformgaze.

11. II. Befinden andauernd gut, guter Abfluss des Sekrets. Draine allmählich von oben verkürzt. Zweite Incisionswunde nahezu geschlossen. Temperatur nicht erhöht, Puls um 90 herum.

22. II. Die Besserung schreitet langsam vorwärts. Es wird ein dünner Drain eingezogen. Peritonitische Erscheinungen sind in der Zwischenzeit nicht eingetreten. Pulskurve nähert sich immer mehr der Temperaturkurve.

3. III. Die Wunde verkleinert sich, die Eitersekretion wird geringer. Entlassung.

Befund am 7. XI. 1899, 2 Jahre postoperationem.

Patientin hat 30 Pfund zugenommen. Der Appetit und Schlaf ist gut. Es besteht Amenorrhoe. Hernia ventralis. Kein Ascites.

Anatomische Beschreibung. Makroskopisch: Die linke Tube ist in ihrem unteren Teil wenig verdickt, nur einzelne Schlängelungen fallen auf. Die Schlängelungen beginnen etwa 3 cm vom uterus. Die Tube ist zunächst bleifederdick, an ihrem Abdominalende daumendick. Das abdominale Ende ist offen; dem uterinen Ende sitzt ein kleines Stück Uterusmusculatur auf. Im Zusammenhang mit der Tube befindet sich das Ovarium, das etwa von normaler Grösse, aber ebenfalls stark verändert ist. Beide Adnexe sind in feste Adhäsionsmembranen eingebettet, die mit zahllosen kleinen Knötchen bedeckt sind. Das Verhalten der rechten Adnexe ist ein ganz analoges. Bei Palpation der

beidea Tuben fällt die grosse Härte und Infiltration auf. Ausser den beiden Adnexen ist eine gut 5 Markstückgrosse, dicke peritoneale Adhäsionsmembran entfernt, die ebenfalls dicht mit Knötchen besetzt ist.

Mikroskopisch: 1. Freie peritoneale Adhäsionsmembran. Peritoneum um ein Vielfaches verdickt; faseriges Bindegewebe mit länglichen, spindelförmigen Kernen und dazwischen gelagerten Rundzellen in grosser Menge. An einzelnen Stellen dichtere Anhäufung von Rundzellen vom Charakter der Lymphocyten, nirgends aber in Form von tuberkelähnlicher Gruppierung. Einzelne grössere und kleinere Riesenzellen. Am Peritonealrande mit blassgefärbtem Protoplasma und zahlreichen länglichen randgestellten Kernen. An 2 Stellen Verkalkungsherde, tiefblau gefärbt. Epitheliale Bekleidung nirgend erkennbar.

2. Linkes Ovarium. Vom Ovarialgewebe ist nichts erhalten; ein zum Teil verkästes, zum Teil noch gut gefärbtes mit Tuberkeln durchsetztes Granulationsgewebe. Zahlreiche Riesenzellen.

3. Rechtes Ovarium. Im Stadium der chronischen Entzündung, die Tunica albuginea an circumscripter Stelle mit Tuberkeln und Riesenzellen durchsetzt.

4. Linke Tube (uterines Ende) mit Uteruszipfel. In der Musculatur einzelne Tubercel ohne Riesenzellen. Schleimhaut der Tube zum grössten Teil verkäst. Muscularis der Tubenwand erhalten, nur mässig infiltriert. Serosa verdickt, mit einzelnen Tuberceln besetzt.

5. Linke Tube (Mitte): Auf dem ganzen Querschnitt nur noch wenig Structur erkennbar; die tuberculöse Affection hat in ausgedehntem Masse alle Schichten der Wandung ergriffen.

6. Linke Tube (abdomineller Teil). Der Tubendurchschnitt nimmt nach dem abdominellen Ende hin an Durchmesser zu, ebenso ist das makroskopisch

erkennbare Lumen, je weiter wir dem Fimbrienende kommen, desto weiter: wie sich aber nach Betrachtung im mikroskopischen Bilde erweist, ist das Lumen nicht in vero weiter, sondern kann nur als Massstab für den Grad des Fortschreitens des tuberculösen Prozesses gelten, insofern, als das Lumen vorgetäuscht wird durch ausgefallene Teile der Schleimhaut. An den übrigen Teilen der Wandung Structur nur mühsam erkennbar.

7. Rechte Tube (uteriner Teil)
8. Rechte Tube (Mitte)
9. Rechte Tube (abdomineller Teil)

} Veränderungen wie links.

L. K., 25 Jahre, Dienstmädchen aus Kohlbienen, Kreis Rastenburg. Aufnahme 22. I. 1898, Operation 29. I., Entlassung 24, II. 1898.

Anamnese: Die Eltern leben und sind gesund. Patientin will keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben, und bis zum Beginn ihrer jetzigen Krankheit immer gesund gewesen sein. I. Menses im 18. Lebensjahre; seitdem regelmässig, 8 Tage dauernd, mit geringer Blutung und ohne Schmerzen. Vom Februar 97 bis November 97 Menopause. Im November ist die Periode ebenso aufgetreten wie früher. Seitdem aber ist keine Menstruation wieder aufgetreten.

Patientin hat einmal geboren. Die Entbindung und das Wochenbett sind normal verlaufen.

Patientin klagt, dass im Februar 97 sich Schmerzen im Unterleib eingestellt haben. Gleichzeitig ist eine Schwellung des Leibes aufgetreten, die allmählich stärker geworden ist. Im August desselben Jahres wurden ihr von einem Arzte durch Punktion 4 Liter Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entfernt. Die Schmerzen haben jedoch nicht nachgelassen, ein Schwellen des Leibes ist seitdem nicht eingetreten. Der Appetit ist gut. Der Stuhlgang regelmässig.

Status: Gracil gebaute, ganz gut genährte Patientin ohne Oedeme und Exantheme. Brustorgane normal.

Abdomen ziemlich flach, weich. Die Unterbauchgegend ist etwas druckempfindlich. Man fühlt dort bei tiefen Eindrücken die Kuppe eines aus dem kleinen Becken aufsteigenden Tumors, über den sich noch nichts Genaues sagen lässt. Freie Flüssigkeit scheint im Abdomen nicht vorhanden zu sein.

Introitus und Vagina mässig weit. Portio $1^1/_2$ cm lang. Uterus liegt normal, ist etwas vergrössert, in seiner Beweglichkeit beschränkt. Die rechte Tube ist an ihrer Ansatzstelle an den Uterus fast fingerdick und schlägt sich von da nach dem Douglas zu um, wo die Anschwellung noch etwas stärker ist. Das rechte Ovarium scheint nicht vergrössert zu sein. Links vom Uterus befindet sich ein Gänseei grosser cystischer, etwas beweglicher Tumor, über welchen die ebenfalls fast kleinfingerdicke harte Tube hinwegzieht. Die Verdickung der beiden Tuben ist eine gleichmässige, es scheinen kleine Knoten etwas vorzuspringen.

In der Vagina eine reichliche Menge schleimig, eitrigen Sekrets. Um den Muttermund eine kleine Erosion. Urin klar, enthält weder Zucker, noch Eiweiss.

Diagnose: Doppelseitige Adnextuberculose. Cewikalkatarrh.

Operation: Operateur Professor Dr. Winter. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich zuerst ein ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse verlaufender daumendicker gelber Strang ein, von knotiger Gestalt und körniger Oberfläche. Derselbe ist nach oben mit Netz und Darm breit verwachsen. Alle diese Adhäsionen sind von hirsekorngrossen, grauen Knötchen durchsetzt. Ebenso sind alle Teile des Peritoneum parietale, so weit sie zu Gesicht kommen, und die Darmschlingen mit tuberculösen Knötchen bedeckt. Erst im

Verlauf der Operation wird es klar, dass dieser dicke Strang den beiden von Tuberkeln durchsetzten Tuben entspricht. Eine Freilegung aus den Adhäsionen gelingt nur mühsam, meistens scharf. Die Eierstöcke lassen sich nicht intraperitoneal freimachen, sondern nur nach Eröffnung des retroperitonealen Bindegewebes mit Ausschälung aus demselben. Auf der linken Seite öffnet sich ein mit schleimigen Massen gefüllter Herd. Eine Verunreinigung der Bauchdecken durch denselben lässt sich nicht vollständig vermeiden. Die beiden Tuben werden in ihrer Gesamtheit durch Ausschneiden aus dem Uterushorn exstirpiert. Der bei der Ausschälung der Ovarien entstandene Bindegewebsraum wird mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen. In der Bauchhöhle fand sich kein Tropfen Flüssigkeit. Isolierte Fascien- und Peritonealnaht mit Catgut. Seidenknopfnaht der äusseren Haut.

Verlauf: 3. II. Die in den ersten Tagen nach der Operation erfolgte Temperatursteigerung und Auftreibung des Abdomens ist vollständig zurückgegangen. Patientin befindet sich jetzt ganz wohl.

10. II. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte. Die unmittelbar über der Symphyse gelegene Naht ist feucht, die anderen sind trocken.

13. II. Gutes Befinden. Patientin steht auf.

19. II. Untersuchung: Der Uterus liegt normal, in seiner Beweglichkeit beschränkt, ist wohl an der Bauchwand etwas adhärent. Rechts und links verläuft von der Tubenecke aus bis an die Beckenwand heran je ein kleinfingerdicker, harter Strang, derselbe ist links etwas ausgeprägter als rechts.

24. II. Patientin wird geheilt entlassen. 4 Jahre nach der Operation ist Patientin, die Dienstmädchen ist, vollkommen arbeitsfähig. Sie ist ohne Beschwerden und befindet sich vollkommen wohl.

Anatomische Beschreibung:

Makroskopisch: Die exstirpierten Adnexe bilden einen insgesamt klein faustgrossen Tumor. Die Tuben sind umgewandelt in langgestreckte lappige Gebilde, die überall mit grossen und kleinen grauweissen Knötchen besetzt sind; das Gewebe ist überall derb und hart. Die Ovarien sind klein — cystisch degeneriert, ebenfalls mit kleinen Knötchen besetzt. In dem linken Ovarium befindet sich eine Oeffnung, aus der sich mit Krümeln untermischter Eiter entleert. Die ganzen Organe sind auf grosse Strecken mit Adhäsionsmembranen überzogen.

Mikroskopisch: 1. Rechtes Ovarium: Das Ovarium ist in seiner Structur ausserordentlich verändert. Das Gewebe ist in eine, nach dem Inneren zu vollkommen verkäste, nach dem parietalen Ueberzug von frischen Tuberkeln ganz durchsetzte Masse umgewandelt. Viele grosse Riesenzellen. Am Hilus tuberculöse Endarteriitis (Tuberkel und Riesenzellen in der Intima).

2. Linkes Ovarium: Ebenfalls ausgedehnte tuberculöse Zerstörung. Keine Veränderung der Gefässe.

3. Rechte Tube: (uterines Ende). Vollständige Verkäsung der Schleimhaut, Durchsetzung der übrigen Wandschichten mit Tuberkeln und überaus viel Riesenzellen, an denen besonders die sehr stark verdickte Serosa reich ist. Auch hier an vielen Stellen vorgeschrittene Verkäsung.

4. Rechte Tube (Mitte): Vollständige Verkäsung der stark erweiterten und verdickten Tube. Wo noch Kernfärbung vorhanden ist, gehört sie Rundzelltuberkeln und Riesenzellen an, einzelne gewellt verlaufende Faserzüge, die der Nekrose Widerstand geleistet haben.

5. Rechte Tube (abdomineller Teil): Querschnitt im ganzen nur wenig vergrössert, mit der Tubenserosa verwachsen das Netz. Von der Tubenschleimhaut ist noch ein Rest erkennbar erhalten, der übrige Teil in ein tuber-

kulöses Granulationsgewebe (Tuberkel, Riesenzellen. Verkäsung) umgewandelt. Aehnlich ist es mit den übrigen Schichten der Tubenwand, von denen die Muscularis verhältnismässig am wenigsten gelitten hat; dieselbe ist zellenreicher als gewöhnlich und zeigt einige kleine Tuberkel. Sehr stark mitgenommen ist die Serosa; sehr zahlreiche Tubercel mit Riesenzellen, die auch im Fettgewebe des Netzes in grösserer Menge vorhanden sind.

6. Linke Tube (uterines Ende): Viel ausgedehntere Zerstörung wie an der entsprechenden Stelle rechts; namentlich auffallend die starke Beteiligung der Arterien, deren Inneres zum Teil durch in der Intima aufgeschossene Tuberkel vollständig verlegt ist. Riesenzellen besonders gross.

7. Linke Tube (Mitte): Ausgiebige Verkäsung aller Wandschichten.

8. Linke Tube (abdomineller Teil). Der ganze Schnittbereich strukturlos. Alles nekrotisch verkäst. bis auf einzelne gefärbte Tuberkel.

A. J., 22 Jahre. Kaufmannstochter aus Chweidan, Gouv. Kownow, Russland. Aufnahme 2. II. 1898. Operation 7. II. Entlassung 13. III. 1898.

Anamnese: Die Eltern der Patientin leben. Patientin will keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben Vor fünf Jahren ist sie magenkrank gewesen, sonst ist sie stets gesund gewesen. I. Menses von 14 Jahren; seitdem regelmässig, 4—5 Tage dauernd, mit mässig starker Blutung, ohne Schmerzen. Letzte Periode vor 10 Tagen. Die Patientin ist Nullipara.

Die Kranke klagt über Schwellen des Unterleibes, das sie seit 3 Monaten bemerkt hat, besonders stark in den letzten 3 Wochen. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig. Es besteht kein Ausfluss und keine Urinbeschwerden.

Status: Kleine, ziemlich kräftig gebaute, gut genährte Patientin ohne Oedeme und Exantheme.

Brustorgane normal.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben durch einen ziemlich runden, gespannten, sehr wenig beweglichen, nicht druckempfindlichen, cystischen Tumor, dessen Kuppe drei Finger breit oberhalb des Nabels steht. Rechts vom Nabel springt vom Tumor eine gänseeigrosse Cyste vor.

Die Vagina mässig eng, Portio 1 cm lang, virgonal. Der Uterus liegt normal, ist anscheinend nicht vergrössert, in seiner Beweglichkeit etwas beschränkt. Der von aussen gefühlte Tumor liegt in seinem unteren Abschnitt dem Beckeneingang auf. Die Parametrien sind frei.

Urin etwas trübe, enthält Mikroorganismen und vereinzelte Eiterkörperchen.

Diagnose: Tuberculöser Abdominaltumor, Tuberculose der Adnexe. Bauchdeckenabszess.

Operation: Operateur Prof. Dr. Winter. Mittellanger Bauchschnitt. Es stellt sich ein doppelt kindskopfgrosser Tumor ein, der mit blutreichen Adhäsionen, die meist zum Netz gehen, bedeckt ist. Dieselben werden stumpf und scharf getrennt. Eine zum Netz gehende Adhäsion wird unterbunden. Der Tumor selbst wird aus seinen breiten aber nur entzündlichen Verbindungen mit den Adnexen ausgeschält. Dabei zeigt es sich, dass er keinen Stiel hat, und deshalb braucht nirgend abgebunden zu werden. An der linken Tube lässt sich kein Fimbrienende nachweisen. Beide Ovarien sind vorhanden, das linke ist etwas cystisch vergrössert. Die rechte Tube ist auser ihrem uterinen Teil entzündlich verdickt. Uterus, Blase und Adnexe sind überall mit ausgedehnten, entzündlichen Adhäsionen bedeckt. Isolierte Peritoneal- und Fascien-naht, Seidenknopfnäthe der äusseren Haut.

Neben dem Nabel findet sich jetzt ein hühnerei-grosser cystischer Tumor in der Bauchwand. Ueber demselben wird in einer Ausdehnung von 5—6 cm die Haut durchtrennt. Bei einem Versuch ihn weiter auszulösen rupturiert die Geschwulst und es entleert sich eine reichliche Menge gelben nicht übelriechenden Eiters. Die Höhle liegt zum grössten Teil unmittelbar unter der Haut, scheint sich aber auch in die Muskulatur zu erstrecken. Die Wandungen sind mit nekrotischen Gewebsfetzen bedeckt. Tamponade mit Jodoformgaze. Danach werden die Bauchdecken nochmals desinficiert. Ueber die Laparatomiewunde Collodiumverband, im übrigen Watte.

Verlauf: 10. II. Bisher reaktionsloser Verlauf.

14. II. Erneutes Einlegen von Jodoformgaze in die Höhle des in der Bauchwand eröffneten Tumors. Patientin wird auf die septische Station verlegt.

18. II. Entfernung des Collodiumverbandes und der Nähte. Bei Entfernung der 3 obersten Nähe entleert sich etwas Eiter aus den Stichkanälen, hier sind auch die Wundränder etwas auseinander gedrängt.

27. II. Laparatomiewunde gut vernarbt. Incisionswunde bedeutend verkleinert, granuliert gut. Verband mit steriler Gaze. Allgemeinbefinden gut. Puls und Temperatur ohne Besonderheiten.

1. III. Verbandwechsel; gutes Befinden. Patientin steht auf.

13. III. Der Verband ist an jedem 2. Tage erneuert. Die Incisionswunde verkleinert sich und verheilt gut. Patientin wird bei gutem Befinden mit der Weisung entlassen, zum Verbandwechsel in die Poliklinik zu kommen. Puls und Temperatur bis zur Entlassung normal. Ueber das weitere Schicksal dieser Patientin habe ich leider nichts erfahren können.

Anatomische Beschreibung. Makroskopisch: Der exstirpierte Tumor ist etwa doppelt kindskopfgross. Die Oberfläche hat das Aussehen eines dickwandigen Ovarialtumors, etwa einer Dermoidcyste. Sie ist ganz mit Peritoneum überzogen, welchem vielfach fetzige peritoniale Adhäsionsmembranen anhaften. Nur in einem handtellergrossen Bezirk scheint der peritoneale Ueberzug zu fehlen. An dieser Stelle waren die festeren Verbindungen des Tumors mit dem Genitalapparat. Beim Aufschneiden entleert sich aus dem Tumor gelber Eiter, der mit hellgelben Körnchen untermischt ist. Der grösste Teil der Höhle ist durch zottige, ebenfalls gelbe, wie nekrotisch aussehende und mit gelben Körnchen besetzte, weiche Efflorescenzen ausgefüllt, welche überall von der Tumorinnenflächeentspringen.

Mikroscopisch zeigt sich, dass die schwielige Aussenwand des Tumors nach innen in tuberkulöses Granulationsgewebe übergeht, von dem sich die nekrotischen Massen, die den Tumor ausfüllen, leicht ablösen.

M. B., 18 Jahre alt, Einwohnerstochter aus Schmilgen bei Pillkallen. Aufnahme 5. IV. 1898, Laparatomie 9. IV., Entlassung 15. V. 98.

Anamnese: Die Eltern der Patienten leben und sind gesund. Patientin ist im Allgemeinen gesund gewesen. Menstruiert seit dem 15. Lebensjahr 3—4wöchentlich 8tägig, keine Schmerzen während der Menses. Keine Geburt, kein Abort. Letzte Menses 25. Dezember 1897,

Seit Februar a. c. Fluor albus und beständige mässige Schmerzen beiderseits im Unterleibe und im Kreuz. Keine Blutungen, Appetit gut, Stuhlgang regelmässig. Urinentleerung seit dem Februar von schneidenden Schmerzen begleitet.

Status: Körperliche Schwäche und Abmagerung seit einem Jahre. Ziemlich grosse gracil gebaute Patientin. Keine Oedeme und Exantheme. Brustorgan normal.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. Ueber demselben vom Rippenbogen abwärts in der Mittellinie bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse, seitwärts etwa bis zur Mitte zwischen Nabel und Spina anterior superior hell tymganitischer Schall mit nach unten convexer Grenze. Die tieferen seitlichen Partien des in die Breite ausgedehnten Abdomens bieten vollkommene Dämpfung, welche sich bei Lagewechsel in tympanitischen Schall verwandelt. Im ganzen Abdomen ist kurzwellige Fluctuation.

Introitus mässig eng, Portio virginal. hochstehend, nach vorne gerichtet. Der Uterus scheint retro- und dextrovertiert zu liegen. Im rechten Parametrium fühlt man einen haselnussgrossen knorpelartigen, leicht beweglichen Tumor, der mit der Kuppe des Uterus in Verbindung zu stehen scheint. Links ist das Parametrium frei.

Diagnose: Tuberculosis der Adnexe, Ascites.

Operation: 9. IV. 98. Operateur Prof. Dr. Winter. Eröffnung der Bauchhöhle in tiefer Lage. Ablassen von circa 5 Liter Ascitesflüssigkeit, dann steile Beckenhochlagerung. Der Douglas dadurch vollständig frei von Flüssigkeit. Das ganze Becken zeigt eine gleichmässige Verdickung seiner peritonealen Auskleidung von schwartiger Beschaffenheit, mit dichtstehenden Knötchen besetzt. Die Därme, soweit sichtbar und das Peritoneum parietale ebenfalls, wenn auch mit weniger dicht stehenden Knoten besetzt. Die Tuben, soweit sichtbar mit ganz dichtstehenden Tuberceln besetzt. Um das rechte Adnex exstirpieren zu können, muss das Lig. latum, welches mit dem die Adnexe überziehenden Peritoneum eine zusammenhängende Membran bildet, stumpf gespalten werden. Dann werden Tube und Eierstock im Zusammenhang heraus geschält. Die Tube aus der Seitenkante des Uterus herausgeschnitten, dabei die Uterina unterbunden.

Die eröffnete rechte Seitenkante des Uterus mit Catgutknopfnähten vernäht. In ähnlicher Weise werden die linken Adnexe exstirpiert, welche allerdings nicht von einer so zusammenhängenden schwartigen Masse überzogen sind. Dann werden beide freien Ränder des gespaltenen Ligumentum latum mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt, so dass eine zusammenhängende, quer über den Uterus verlaufende Naht sich bildet. Fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums und der Fascie. Seidenknopfnähte der Haut.

Verlauf: 14. IV. Patientin kann spontan keinen Urin lassen und muss täglich 2mal kathetrisiert werden.

18. IV. Urin trübe, durch Chathetrismus gewonnen, keine Schmerzen in der Blasengegend.

21. IV. Entfernung der Nähte, die alle trocken sind.

3. V. Patientin klagt über Schmerzen in der Blase und schneidende Schmerzen beim Wasserlassen. Im sedimentierten Urin finden sich vereinzelte Blasenepithelien, Leukocyten und spärlich rote Blutkörperchen. In der Coecalgegend fühlt man beim Streichen über die Haut deutliches Knistern, es besteht geringes Hautemphysem, dasselbe verursacht geringe Schmerzen.

8. V. Patientin ist seit mehreren Tagen auf, sie klagt über ziehende Schmerzen in der rechten Seite.

Das Emphysem ist nicht mehr nachweisbar. Das Allgemeinbefinden bessert sich. Die Temperatur stieg in den ersten 3 Tagen bis 38,4. Dann war sie normal.

15. V.: Entlassung. Die Narbe ist linear verheilt, der Uterus liegt retrovertiert, in den Parametrien fühlt man noch unbestimmte Resistenzen.

Nach der Entlassung war Patientin mehrere Monate krank. Leibschmerzen, sodass sie nicht arbeiten konnte, sonst keine Störungen. Ein Jahr nach der Operation völliges Wohlbefinden. Patientin wurde stärker und konnte ihre Arbeit (Schneiderei) gut besorgen, jedoch

kann sie nicht lange hinter einander arbeiten, da sie sehr leicht müde wird und beim Gebücktsitzen wieder Unterleibsschmerzen bekommt. Seit der Operation keine Regel; von Ausfallserscheinungen bestehen nur zeitweise Wallungen nach dem Kopf: Herzklopfen nur bei Anstrengungen. Appetit und Schlaf gut. Kein Husten, keine Nachtschweisse

Befund: 2. XII. 01. $2^{3}/_{4}$ Jahr per operationem. Lungen normal, Ernährungszustand gut. Weisse platte Bauchnarbe ohne Hernie. Portio klein, steht so hoch, dass sie kaum zu erreichen ist (sehr starke Rectumfüllung), vom Uterus ist nur der unterste Cervixteil fühlbar. Kein Ascites, Leib weich.

Anatomische Beschreibung. Makroskopisch: Die linke Tube ist in ihrer ganzen Ausdehnung verdickt, etwa auf bleifederdicke, mit dem Ovarium ihrer Seite in ein festes Ganze umgewandelt, durch schwartige Verwachsungen und Adhäsionen des Peritoneums. Dasselbe ist mit zahllosen Knötchen bedeckt. Am uterinen Ende der Tube ein Stück der Uterusmuskulatur, welche die pars intra muralis der Tube enthält. Die rechte Tube ist ebenfalls mit ihrem Ovarium in eine grosse, feste Masse verwandelt, das Peritonenm ebenso mit Knötchen besetzt. Die Ausdehnung der Tube ist eine noch beträchtlichere, an einzelnen Stellen bis daumendick; auch hier ein Stück Uterus vorhanden, ferner ein Fünfmarkstück grosses Stück des verdickten, mit Knötchen bedeckten Peritoneums.

Mikroskopisch: 1. Linkes Ovarium: Zeigt das Bild der frischen tuberkulösen Entzündung zwischen gut erhalteneu und deutlich erkennbarem Ovarialgewebe. Keine Verkäsung.

2. Rechtes Ovarium: Zeigt viel vorgeschrittenere Tuberkulose: vom Parenchym nur eine schmale Zinn erhaltener Primordialfollikel erkennbar, im übrigen

Perioophoritis et Oophoritis tuberculosa mit beginnender Verkäsung.

3. Linke Tube (uterines Ende) mit Uteruszipfel. Uterusmuskulatur ohne jede Veränderung; in derselben erscheint der Tubenquerschnitt: daran zeigt die Schleimhaut sehr gut erhaltenes cylindrisches Epithel, vielfache Falten und Buchten der Schleimhaut umgreifend. In dem Bindegewebe der Mucosa und Submucosa mehrere frische Tubercel mit Riesenzellen. Keine Verkäsung.

4. Linke Tube (Mitte): Tuberceleruption durchsetzt alle Schichten der Wandung, am meisten betroffen erscheint die Schleimhaut, deren Falten mit einander verbacken sind. Verkäsungen und Riesenzellen zahlreich. Tubercel auch in der Muscularis, sowie einige nach aussen über das Niveau vorspringend. Tubercel des Peritoneums.

5. Linke Tube (abdomineller Teil). Nur noch wenig von normaler Structur erkennbar. Von der Schleimhaut ist nur noch ein geringer Bezirk Epithel erhalten, die übrige Schleimhaut durch verkäste Tuberkel zerstört und in ein grosses tuberkulöses Geschwür umgewandelt, dessen Boden überall fast bis in die Muscularis reicht. Das Lumen ist ausgefüllt von einem käsigen Detritus, geronnenem Sekret, Eiterkörperchen und Fibrin. Der Fimbrienteil ist in eine, von teils frischeren, teils bereits nekrotisierten Tuberkeln mit Riesenzellen gebildeten Masse umgewandelt, aus welcher einige ebenfalls tuberkulös ergriffene Gefässlumina erkennbar hervortreten.

6. Peritoneum der rechten Seite: Breit verdickte Membran, welche in einem Gerüst sich kreuzender Bindegewebsfasern zahlreiche, meist verkäste Tuberkeln mit Riesenzellen aufweist. Die Oberfläche ist von einer teils aus Fibrin, teils aus Eiterkörperchen bestehende Exsudatmasse bedeckt.

7. Rechte Tube (uterines Ende) mit Uteruszipfel: Tuberkeleruption beschränkt sich auf das, auf dem Schnitt getroffene Peritoneum. Tubenquerschnitt vollständig ohne Veränderungen.

8. Rechte Tube (Mitte): Veränderungen nicht so vorgeschritten als am abdominellen Ende. Alle Schichten noch gut erkennbar.

9. Rechte Tube (abdomineller Teil): Weit vorgeschrittene tuberkulöse Zerstörung wie links.

Frau V. C., 30 Jahre, Landmannsfrau aus Boischa, Russland. Aufgenommen: 28. IX. 1898. Operation: 1. X. Exitus 20. II. 1899.

Anamnese: Patientin spricht nur littauisch. Sie hat einmal geboren vor 10 Jahren. Die Periode war stets regelmässig. Letzte Menses am 26. IX. Patientin ist gekommen wegen einer Geschwulst im Leibe, die seit 6 Jahren bestehen soll, allmählich gewachsen, aber nie Schmerzen verursacht haben soll.

Status: Uterus anteponiert, stehend aufgerichtet im Becken. Der Fundus ist nicht sicher von der unteren Kuppe eines Tumors zu trennen. Zwischen beiden spannen sich membranöse Verwachsungen. Das linke Ovarium ist zu tasten, etwas vergrössert, nicht sicher von der Umgebung resp. den membranösen Verwachsungen abgrenzbar. Rechts kein Ovarium zu fühlen.

Diagnose: Abgekapselter tuberculöser Ascites.

Operation: 1. X. 1898. Operateur Prof. Dr. Winter. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich das dünne, ziemlich fettarme Netz, das den ziemlich gut palpierbaren Tumor überzieht. Unter Schwierigkeiten wird ca. ein Drittel der Peripherie des Tumors frei gemacht, ohne dass es gelingt, mit Sicherheit die richtige Schicht zu finden. Nach den seitlichen Partieen der Bauchwand hin, sowie nach oben ist die Differen-

tierung so schwer, dass von dem Versuch der vollständigen Auslösung abgestanden wird. Die Probepunction des cystischen Teils ergiebt serösen, etwas getrübten Inhalt. Die vordere Wand wird incidiert, circa $^1/_4$ Liter der erwähnten Flüssigkeit fliesst aus. Von hinten und oben wölbt sich dann, von dicken Schwarten überzogen, kaum in seiner Zusammensetzung kenntlich, ein Convolut von Dünndarmschlingen vor. Die Innenwand des Hohlraums ist mit dicken Schwarten ausgekleidet. Es wird dann die Bauchhöhle bis auf den unteren Teil geschlossen, durch welchen Jodoformgaze in den Hohlraum eingeführt wird. Knötchen lassen sich nicht erkennen, nur einzelne linsengrosse, verfettete sind nnchweisbar. Die Genitalien kommen nicht zu Gesicht.

Verlauf: 9. X. Verbandwechsel. Entfernung des Tampons, welcher serös durchtränkt ist. Die Nähte bis auf die nächsten dem tamponierten Wundwinkel trocken. Lineäre Verheilung. Spülung der abdominalen Wundhöhle mit Borlösung und Einlegen eines neuen Jodoformgazetampons.

13. X. Verbandwechsel. Wiederholung der Spülung und Tamponade. Kein übler Geruch.

16. X. Verbandwechsel.

20. X. Verbandwechsel. Mit der Entfernung des Tampons werden auch missfarbene geruchlose Secretmassen entfernt. Bei der Ausspülung auch kein Geruch.

24. X. Verbandwechsel.

1. XI. Verbandwechsel.

5. XI. Bei der Oeffnung des Verbandes fällt gleich die Verfärbung der Verbandstoffe mit grünem Eiter auf. Patientin wird auf die septische Station verlegt.

10. XI. Patientin wird jeden zweiten Tag verbunden. Mässige Secretion aus der Wunde. Fieberloser Verlauf.

22. XI. Patientin klagt über Uebelkeiten, Schmerzen im Magen, öfteres Erbrechen von grossen Mengen grünlicher Flüssigkeit. Ordo: Karlsbader Salz, 1 Theelöffel pro die. Bad jeden 2. Tag.

1. XII. Zustand der Patientin ziemlich unverändert. Gewöhnlich 2tägiger erträglicher Zustand, dann am 3. Tage voluminöses Erbrechen. Verdacht auf Gastrectasie.

27. XII. Befinden wie oben durch Aufblasen des Magens, der dann fingerbreit unter dem Nabel reicht, wird die Diagnose Magenerweiterung bestätigt. Untersuchung des Mageninhalts lässt Carcinom und ulcus ausschliessen. Es handelt sich mit Wahrscheinlichkeit um eine Verengerung des Pylorus durch Adhäsionen.

28. XII. Patientin wird in die medizinische Klinik verlegt. Bei der Aufnahme in die med Klinik folgender Status:

Abdomen im ganzen aufgetrieben. Oberhalb der Symphyse eine Operationswunde. Am untersten Ende ist dieselbe nicht vollkommen geschlossen, es dringt etwas Eiter hervor. In der Unterbauchgegend ein Tumor, prall elastisch mit glatter Oberfläche. Nach oben 2 Querfinger unter dem Nabel, nach rechts $1^1/_2$ Querfinger über die Mittellinie, nach links nicht deutlich abgrenzbar; ebenso wenig gegen das kleine Becken. In den beiden Fosssae iliacae undeutliche Resistenzen, wie gefüllte Darmschlingen anfühlbar. Percussion über dem Tumor gedämpft. 3 Querfinger oberhalb des Nabels in der Mittellinie fühlt man einen harten klein wallnussgrossem Tumor, über dessen Oberfläche sich nichts Bestimmtes sagen lässt.

7. I. Aus der Bauchwand fliesst reichlich grünlicher Eiter, Patientin erbricht gallig gefärbte Massen. Heftige Schmerzen im Unterleib.

15. I. Status unverändert, noch heftige Schmerzen. Die Kranke erbricht alle 2—3 Tage fast 2 Liter gallige Massen und fühlt sich dann etwas erleichtert. Stuhlgang träge, sehr arm an Galle.

23. I. Patientin wird in die chirurgische Klinik verlegt zum Zwecke einer abermaligen Operation.

Operation: Magen und Darm etwa bis zum oberen Ilium extrem erweitert. Verwachsung der Darmschlingen mit Bildung von mehreren Peritonealtaschen. Miliare Tuberculose des Peritoneums. Verkäste Peritonealdrüsen. Stenosierte Stelle nicht auffindbar. Enteronastomose zwischen einer geblähten Dünndarmschlinge und dem leeren Colontransversum.

Nach der Operation hört das Erbrechen auf. Patientin klagt weniger über Schmerzen. Das Allgemeinbefinden bessert sich etwas.

Eine Woche später tritt putrides Symtum auf. Schnelles Nachlassen des Allgemeinbefindens.

Lungenstatus: Rechts hinten unten ist der Percussionsschall gedämpft, das Atemgeräusch abgeschwächt bronchial, man hört klingendes Rasseln. Ueber den übrigen Lungenpartieen vereinzeltes Rasseln ohne Lokalisation in den Spitzen. Diagnose: Gangräna pulmonum.

20. II. Exitus letalis.

Anatomische Diagnose: Tuberculosis Tubarum. Perimetritis und Peritonitis universalis chronica mit einzelnen eingeschlossenen Käseknötchen. Braune Atrophie des Herzens. Chronische doppelseitige adhäsive Pleuritis mit einzelnen Käseknötchen. Putride Bronchitis und Bronchiektasie, rechts eitrige Lungengangrän, linksseitige Bronchopneumonie.

Frau J. 25 Jahre. Aus Allenstein. Aufgenommen 2. X. 1898. Operation 8. X. Entlassung 18. XII. 98.

Anamnese: Die Periode ist regelmässig, dauert 8 Tage, ist stark. Patientin ist seit 3 Jahren verheiratet und hat einen partus vor 2 Jahren durchgemacht. Sie ist mehrmals operiert worden, wohl jedesmal wegen tuberculöser Erkrankungen. 1885 doppelte Ellenbogenresection und mehrere kleine Operationen an den Beinen. Früher sehr gesund und kräftig. Vor der Verheiratung magenleidend. Dann nervöses Asthma, Husten und Auswurf. Seit 7 Wochen langsame Zunahme des Leibes, keine Schmerzen.

Status: Uterus retroponiert. Beiderseitige, hühnereigrosse Adnextumoren, fest mit der Beckenwand verwachsen. Isolierte Knötchen auf dem Peritoneum nicht nachweisbar.

Diagnose: Tuberculose der Adnexe und des Peritoneums. Ascites.

Laparatomie: Operateur Prof. Dr. Winter. Die Bauchhöhle wird durch einen Schnitt bis zum Nabel bei Beckentieflagerung eröffnet und das Ascites durch Druck auf die Lendengegend abgelassen (ca. 4 l.).

Steile Hochlagerung: Die Inspection des Abdomens erweist das Peritoneum parietale et viscerale in ganzer Ausdehnung, so weit es zu Gesicht kommt, mit grauen Knötchen bedeckt, die zum Teil isoliert stehen, zum Teil aber auch zu Flächen aneinander gelagert sind. Eine Dünndarmschlinge mit anliegendem Netzzipfel ist an der Bauchwand in und rechts von der Mittellinie lose adhärent. Beim Abschieben derselben tritt überall gelatinöses Exsudat zu Tage. Das Beckenperitoneum und die Oberfläche von Tube Uterus und Blase zeigen dieselben Veränderungen, nur noch ausgeprägter.

Beide Tuben liegen als fingerdicke Wülste seitlich und hinter dem Uterus mit dem Trichter am Boden des Douglas. Sie werden vorsichtig stumpf aus ihren Verwachsungen gelöst und unter Mitnahme der Ovarien

vom Ligamentum infundibulo-peloicum her abgebunden und abgetragen. Der uterine Teil wird beiderseits so weit wie möglich aus dem Uterus ausgeschnitten. Beiderseits spritzen Aeste der Arteria uterina, Umstechung derselben und Vernähen der Uteruswunde mit Catgutknopfnähten. Die Blutung steht. In Horizontallagerung wird der Ascites ziemlich vollständig mit Tupfern ausgetrocknet.

Während der ganzen Dauer der Operation Beleuchtung des freiliegenden Peritoneum mit intensivem Sonnenlicht.

Verlauf: Nachdem die Temperatur schon vor der Operation fieberhaft gewesen war, bleibt sie vorerst auf derselben Höhe.

9. X. Der Puls steigt am 2. Abend auf 132. Das Aussehen der Patientin ist schlecht, die Atmung frequent. Häufiges Erbrechen, der Puls ist kaum fühlbar. Von Abends 6 Uhr bis Morgens 6 Uhr werden 5 Campherinjeclionen und 6 Weinklystieren gegeben, um den sich immer wieder verschlechternden Puls zu heben. Erbrechen trat 2mal auf. Da Patientin die vorige Nacht fast garnicht geschlafen hatte, erhält sie 1 gr Trional, danach Schlaf 3 Stunden. Der Leib ist nicht aufgetrieben, auf Druck auch nicht besonders empfindlich.

10. X. Die Temperatur fällt bis auf 36,8, der Puls bleibt hoch.

Ordo: Champagner-Eis.

11. X. Das Befinden bessert sich, jedoch werden noch ab und zu zur Anregung der Herzthätigkeit Campherinjectionen gemacht. Puls und Temperatur haben die Tendenz zu sinken.

12. X. Trotzdem heute auf ein Klystier hin Stuhlgang erfolgt ist, steigt die Temperatur wieder auf 38,6, ohne dass jedoch eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens eingetreten ist.

20. X. Trotz grosser Interferenzen zwischen Abend- und Morgentemperaturen macht die Rekonvaleszenz gute Fortschritte. Die Ernährung erfolgt neben flüssiger Diät nur durch Austern und Champagner. In letzter Zeit auch anderer Wein und Geflügel.

22. X. Entfernung der Nähte. Die Wunde ist primär verheilt. Bei der gleichzeitig vorgenommenen Percussion des Abdomens kann die Anwesenheit von Ascites constatiert werden.

2. XI. Bei ungestörter aber sehr langsamer Kräftezunahme bessert sich das Befinden. Nur klagt Patientin über heftige Schmerzen in der linken Seite unterhalb der Rippen. Auscultation ergiebt nichts Positives, ebenso die Urinuntersuchung.

Ordo: Sinapismen, Priessnitz.

8. X. Heute Nachmittag tritt ein heftiger astmatischer Anfall ein, der fast $^1/_2$ Stunde anhält Ordo: Morphium subcutum.

16. XI. Die Anfälle wiederholten sich an 3 Tagen, gingen aber auf Chloralhydrat zurück. Patientin steht heute auf.

24. XI. Nachdem Patientin schon gestern über Schmerzen und Trockenheit im Halse geklagt hat, ist heute deutlich eine doppelseitige Angina zu konstatieren. Ordo: Gurgeln mit Alaunwasser, Priessnitz.

5. XII. Die Kräfte, die anfangs sehr langsam zunahmen, stellen sich jetzt mehr ein. Patientin steht 2mal des Tages auf. Appetit sehr gut, Befinden gleichfalls. Ascites deutlich nachweisbar Bei Lagewechsel, Schallveränderung.

18. XII. Entlassung: Die Narbe ist gut consolidiert. Uterus liegt retroponiert, an der hinteren Beckenwand fixiert. Rechts hinten eine undeutlich begrenzte Schwellung. In Rückenlage beiderseits doppelhandbreit vom Nabel in den Lendengegenden Dämpfung.

Ueber der Symphyse 2 querfingerbreit Dämpfung. Tuberculöser Ascites circa 2—3 Liter.

Befund 3 Jahre nach der Operation: Das Befinden der Patientin ist vorzüglich, ebenso der Kräftezustand. Ascites ist nicht vorhanden. Seit der Operation starke Gewichtszunahme. Menses sind nach der Operation nicht wieder aufgetreten.

Anatomische Beschreibung. Makroskopisch: Chronisch verdickte Tuben, besonders starke Verdickung in der Gegend des Infundibulum.

Ovarien ebenfalls verdickt, vielfach mit den Tuben verlötet. Tuben und Ovarien sind mit kleinen, hirsekorngrossen Wärzchen und Auflagerungen bedeckt.

Mikroskopisch: 1. Ovarium. Gut erhaltenes Ovarialgewebe, namentlich Rindenschicht mit Primordial und Graaf'schen Follikeln. Rindenschicht im ganzen leicht infiltriert, aber ohne specifisch tuberkulösen Charakter. In der Markschicht zahlreiche Tubercel ohne Riesenzellen: einzelne Tubercel auf der Tunica albuginea prominierend.

2. Tube (uteriner Teil): Uterusmuskulatur ist nicht getroffen. In allen Wandungen weit ausgedehntere tuberkulöse Zerstörung, als in den übrigen Abschnitten der Tube. Die Schleimhaut ist in eine grosse tuberkulöse Masse mit Granulationszellen, Riesenzellen und Verkäsungen verwandelt, keinen Rest erkennbaren Epithels übrig lassend. Dem porösen Ueberzug ist das Netz adhärent, viel Tuberkel mit Riesenzellen.

3. Tube (Mitte). Schleimhaut gut erhalten, zwischen den Schleimhautfalten Exsudatmassen. Tuberkeleruption hauptsächlich im Gebiete der Serosa.

4. Tube (abdomineller Teil): Auch hier fast reine Serosa-Tuberkulose ohne specifische Zerstörung der Schleimhaut.

M. P., 21 Jahre alt, Besitzerstochter aus Ysglöcknen, Kreis Heydekrug. Aufnahme 19. VI. 1899. Operation 1. VII. Entlassung 24. VII. 1899.

Anamnese: I. Menses mit 16 Jahren, seitdem regelmässig alle 4 Wochen bei 4—5 tägiger starker Blutung. Bisweilen unter Schmerzen menstruiert. Patientin ist Nullipara.

Beginn der Krankheit vor zwei Jahren mit Schwellung des Abdomens. Erhebliche Beschwerden bestanden dabei nicht. Ein Arzt konstatierte einen Bandwurm und gab Medizin. Der Bandwurm ging nicht ab. Die Schwellung des Abdomens blieb bestehen und wurde allmählich stärker. Seit drei Wochen bestehen anhaltende Schmerzen im ganzen Unterleib. Menses während der Krankheit regelmässig. Letzte Menses begann vor 2 Tagen. Die Beschwerden der Patientin bestehen nur in anhaltenden Schmerzen im ganzen Unterleib infolge der allmählichen Zunahme des Abdomens.

Urinentleerung seit 2 Tagen mit starkem Drang verbunden, aber schmerzlos. Stuhlgang normal.

Status: Herz und Lungenbefund normal. Leichtes Oedem beider Unterschenkel. Abdomen fassförmig aufgetrieben, deutliche Fluctuation nachweisbar. In der Nabelgegend und auf der linken Seite tympanischer Schall. Bei Lageveränderung Schallwechsel. Von Tumoren im Abdomen nichts palgabel.

Hymen intakt. Uterus klein, leicht beweglich. Adnexe des Hymens wegen nicht abzutasten.

Urin leicht getrübt, frei von Albumen. Mikroskopisch nur Urate.

Diagnose: Tuberculosis peritonei. Ascites. Beiderseitige Tubentuberculose

Operation: 1. VII. 99. Operateur Prof. Dr. Winter. Eröffnung der Bauchhöhle bis an den Nabel. Peritoneum

parietale verdickt. Etwa 1—1½ Liter klarer, gelber Ascites entleert sich. Ober- und unterhalb der Incisionsstelle ist das stark verdickte Netz adhäsent; es wird stumpf zurückgeschoben. Es erscheint dann das Peritoneum parietale in ganzer Ausdehnung mit Tuberculknötchen bedeckt, vor allen Dingen das Pelveoperitoneum; nach oben ist die Veränderung des Peritoneums immer weniger ausgeprägt. Die Blase ist an der vorderen Wand des Uterus in die Höhe geschoben. Beide Adnexe leicht unter einander und mit dem Peritoneum parietale und dem Ligamentum latum verklebt, und sind, so weit sie vom Peritoneum bedeckt sind, überall mit Tuberkelknötchen bedeckt. Zunächst werden die rechten Adnexe vorgezogen und in 3 Partieen abgebunden, dann in derselben Weise die linken. Rechts wird eine Umstechung im Ligamentum latum nötig. Es wird dann so viel wie möglich von dem Ascites durch Tupfen entfernt.

Verlauf: Die Temperatur war in der ersten Woche nach der Operation erhöht, schwankte zwischen 38 und 39°. Der Puls beschleunigt zwischen 100 und 120.

In der 2. Woche sank die Temperatur unter 38° und blieb zwischen 37 und 38° bis zur Entlassung. Der Puls blieb bis zur Entlassung um 100 herum.

23. VII. Entlassung: Narbe gut geheilt. Uterus liegt normal. Rechtes Parametrium frei. Links vor dem Uterus kleines, etwa taubeneigrosses Exsudat. Abdomen etwas vorgetrieben. Percutorisch kein Ascites nachweisbar.

Nach der Entlassung hob sich der Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden sichtlich, dagegen glaubt Patientin in letzter Zeit wieder etwas abgemagert zu sein. Der Appetit ist gering, der Stuhlgang normal. Bei der Arbeit will Patientin das Gefühl des Anschwellens des Leibes haben, das mit Schmerzen verbunden ist. Schwerere Arbeit kann sie nicht ver-

richten. 1 Jahr post operationem traten bei der Patientin wieder Menses ein, die dann wieder verschwinden.

6 Monate darauf trat zum zweiten Male die Periode auf, und wieder nach $^1/_2$ Jahr die dritte. Die letzte, die dritte, war im Juli 1901.

Der Befund, 2 Jahre und 5 Monate nach der Operation ist folgender: Lungen vollständig frei. Husten nicht vorhanden. Abdomen nicht aufgetrieben. Narbe fest. Kein Ascites, Uterus leicht retroponiert gut beweglich von normaler Grösse. Linke Adnexe fehlen. An Stelle des rechten Ovarium ein wallnussgrosser fester Kuoten (rechtes Ovarium). — Die Umgebung desselben leicht empfindlich.

Anatomitche Beschreibung: Makroskopisch: 2 Tumoren, beide bestehend aus den geschlängelten und verdickten Tuben, deren Anschwellung besonders nach dem Ostium abdominale hin zunimmt und sich in starker Verdickung der Fimbrien dokumentiert. Ovarium beiderseits vorhanden. Der Peritonealüberzug der Tuben ist besetzt von einer grossen Anzahl hirsekorngrosser Knötchen.

Mikroskopisch: 1. Linkes Ovarium: Ovarialgewebe gut erhalten, sowohl Rinden- als Marksehicht. Gewebe im ganzen zellreich, vereinzelte Tuberkel, hin und wieder mit Riesenzellen. Corpora albicantia, einzelue Graafche Follikel mit Inhalt, eine kleine Cyste in der Rindenschicht.

2. Rechtes Ovarium. Ist stärker ergriffen, zahlreichere Tuberkel, gleichmässig in Rinden- und Markschicht verteilt. Keine Verkäsungen.

3. Rechte Tube (uteriner Teil): Uterusmuskulatur nicht getroffen. Schleimhaut der Tube ist gänzlich zerstört durch Tuberkel mit Riesenzellen und Käsemassen. Nur stellenweise noch Epithelien erkennbar; Schleimhautfalten noch angedeutet. Die anderen Schichten der

Wandung zellreich infiltriert. Ausser einzelnen Tuberkelknötchen auf der Serosa keine specifisch tuberkulösen Veränderungen. Muskulatur am wenigsten betroffen.

4. Rechte Tube (Mitte): Ganze Tubenwandung ist aufgegangen in ein von Tuberkeln durchsetztes, stark infiltriertes Gewebe mit weit vorgeschrittener Verkäsung. Tuberkel nur an wenigen Stellen von einander abgrenzbar, sind zu grösseren Massen konfluiert: ausnahmsweise grosse Riesenzellen.

5. Rechte Tube (abdomineller Teil): Sehr schön erhaltene Fimbrien, ohne tuberkulöse Erkrankung. Der Tubendurchschnitt zeigt auch hier weit ausgedehnte tuberkulöse Zerstörung, welche die Abgrenzung der Schichten der Wandung vollständig verwischt hat. Starke Beteiligung der Serosa.

6. Linke Tube (uteriner Teil): Sehr vorgeschrittene Erkrankung der Schleimhaut, während die Muscularis und Serosa nur geringe Zeichen acuter Entzündung zeigen.

7. Linke Tube (Mitte): Tubenrand stark verdickt. Tuberculknötchen auf der Serosa mit Riesenzellen. Muscularis ist nur mühsam unterscheidbar, stark infiltriert. Von der Schleimhaut noch zahlreiche, zwischen Exudatmassen und Tuberceln liegende Epithelzüge erhalten.

9. Linke Tube (abdomineller Teil: Analoger Befund wie bei der rechten Tube.

Fräulein N., 39 Jahre, Schneiderin aus Dollstätt. Aufgenommen 19 XII. 1899, Probelaparatomie 29 XII. Exitus 27. I. 1900.

Anamnese: Erste Menses mit 15 Jahren; dann regelmässig alle 4 Wochen, von 3—4tägiger Dauer, mit reichlicher Blutung, ohne Schmerzen. Letzte Regel vor 3 Tagen von 1tägiger Dauer. Keine Geburt und keinen Abort durchgemacht. Im Oktober dieses Jahres litt Patientin zuerst an Appetitlosigkeit, Kneifen im Bauch, „als ob sie Würmer hatte.“ Gleichzeitig

stechende Schmerzen in der Herzgegend und in der Brust rechts vorn; dieselben verschwanden bald, bald traten sie wieder auf, namentlich des Abends und Nachts. Seit 4 Wochen ist Patientin bettlägerig wegen der Zunahme der Schmerzen und Atemnot Der Leib schwoll ihr seit dieser Zeit stark an. Vor 2 Tagen liess ihr ein Arzt über 3 Liter Flüssigkeit ab, worauf sie sich etwas wohler fühlte. Doch schon am nächsten Tage begannen wieder die stechenden Brustschmerzen. In den letzten 4 Wochen musste Patientin die genossenen Speisen oft wieder ausbrechen, und zwar unmittelbar nach dem Essen Sie magerte stark ab.

Status: Mittelgrosse Patientin in magerem Zustande, ohne Oedeme. Leib etwas aufgetrieben, misst in seinem grössten Umfang 77,5 cm. Handbreit links vom Nabel eine mit Heftpflaster verklebte Punktionsstelle.

An den Lungen nichts nachweisbar, Herz normal.

Am Abdomen ist 4 Querfinger oberhalb der Symphyse Dämpfung nachweisbar. In der linken Lendengegend ebenfalls gedämpfter Schall bei leichter Percussion. Links deutlicher Schallwechsel zwischen oberflächlicher und tiefer Percussion. Rechts heller Schall. Zwischen Nabel und Symphyse links Fluctuation. Hymen steht, lässt gerade einen Finger durch.

Uterus sinistrovertiert und dabei dextroponiert. Links neben dem Uterus ein Tumor, breit verwachsen mit ihm, von oben hühnereigross, von unten nicht zu taxieren. Rechts befinden sich diffuse Verdickungen. Uterus durch die Tumoren immobilisiert.

29. XII. Seit 3 Tagen keine Nahrungsaufnahme wegen ständigen Erbrechens. Das Erbrochene soll einmal faculent gerochen haben. Seit 5 Tagen trotz Laxantia und Eingiessung kein Stuhl.

Diagnose: Tuberculosis peritonei.

Laparatomie: 29. XII., Operateur Prof. Dr. Winter. Mittellange Incision. Vorsichtige Eröffnung des bläulich durchschimmernden Peritoneums. Klarer Ascites fliesst ab. Das Peritoneum viscerale, namentliah der Dünndarmschlingen, sodann das Peritoneum parietale des Beckens sind mit Knötchen bis Linsengrösse dicht besät. Das Beckenperitoneum zeigt flächenhafte Schrumpfung, namentlich an den linken Adnexen, welche selbst unter den Verklebungen weder zu sehen, noch zu fühlen sind: doch bilden sie keine grösseren Tumoren. Die rechte Tube ist kurz und reicht wie das rechte Ovarium durch Schrumpfung des Ligamentum latum an das Peritoneum parietale noch heran. Es werden 2 Stücke Peritoneum aus dem parietalen Blatt und dem Trichter dér rechten Tube excidiert. Sodann wird unter starker Tieflagerung der Ascites im Douglas durch Tupfer vollkommen entfernt. Ungleichmässige Auftreibung der Därme, welche für Stenose sprechen könnte, ist nicht vorhanden. Das Netz ist nicht zu sehen. Ueber den Ausgangspunkt der Tuberculose lässt sich bei der Operation nichts finden. Isolierte Peritoneal- und Fascinnaht mit Catgut. Bauchdecken geschlossen durch Seidenknopfnähte.

Verlauf: 29. XII. Nach der Operation ist der Zustand der Kranken ein bedenklicher. Der Puls ist hoch und klein, Nahrungsaufnahme ist nicht möglich, da die Kranke alles Genommene wieder ausbricht. Campher-Aether subcutan. Nährklystiere.

31. XII. Wegen des andauernden Erbrechens eine Magenausspülung. Erfolg, jedoch nicht von langer Dauer.

3. I. Erneute Magenausspülung, da das Erbrechen wieder häufiger geworden ist. — Die Kranke bricht weniger.

5. I. Das Erbrechen hat ganz aufgehört. Gute Nahrungsaufnahme, Milch (2 Litr) Bouillon mit Ei, Wein.

Die Kranke erholt sich; der Puls ist voller, das Gesicht hat etwas Farbe. Das subjective Befinden ist besser.

10. I. Zuerst vereinzeltes Erbrechen. Jetzt sehr häufig. Schlaf ist schlecht. Die Nahrungsaufnahme gestört, wenn auch immerhin nur ein geringer Teil des Genossenen wieder ausgebrochen wird Eiskalte Milch, Wein auf Eis.

14. I. Das Erbrechen hat nachgelassen, erfolgt durchschnittlich 4 mal innerhalb 24 Stunden. Gute Nahrungsaufnahme und leidlich gutes Befinden.

15. I. Herausnahme eines Teils der Nähte. Wunde per primam geschlossen. Leib ziemlich stark aufgetrieben. Ascites nicht deutlich.

17. I. Wieder häufiges Erbrechen, gestörtes subjectives Befinden. Patientin fühlt sich sehr schwach. Diarrhöen.

19. I. Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Lunge. Constatierung einer tuberculösen Pleuritis dextra. Priessnitz.

20. I. Verlegung auf die septische Station. Bei der Aufnahme auf die septische Station zeigt Patientin folgenden Befund: Hochgradig abgemagert. Ueber der rechten Lunge hinten unten eine absolute Dämpfung bis hinauf zur 4. Rippe. Ueber der Dämpfung ist das Atemgeräusch und der Pectoralfremitas fast aufgehoben. Oberhalb der Dämpfungsgrenze leicht gedämpfter Schall. Ueber beiden Lungenspitzen, besonders rechts Dämpfung. Reichliche mittelgrossblasige Rasselgeräusche über diesen Partien. Husten mit reichlichem schleimig-eitrigem Auswurf. Stuhlgang mehrmals am Tage, flüssig.

Therapie: Allgemeinbehandlung.

19. I. Nahrungsaufnahme gering; allmähliches Schwächerwerden der Patientin. Anhaltende Durchfälle.

22. I. Patientin erbricht öfters. Die Durchfälle halten an.

26. I. Allmähliche Auflösung schreitet fort, Nahrungsaufnahme schwierig.

27. I. Exitus letalis. Section verweigert. Die Temperatur hielt mit der Operation immer in ziemlich gleicher Höhe. Sie schwankte zwischen 37 und 38°. 5 Tage vor dem Tode ging sie dauernd unter 37° hinab. Der Puls war ständig hoch, zwischen 100 und 120. Gleichzeitig mit dem Temperaturabfall sank er bis auf 80.

J. P., 20 Jahre, Dienstmädchen, aus Peterlitschen, Kreis Pillkallen. Aufnahme 17. I. 1900, Operation 3. II. Entlassung 22. IV. 1900.

Anamnese: Erste Menses mit 17 Jahren, darauf regelmässig alle 4 Wochen, von 3tägiger Dauer, mit mässiger Blutung, ohne Schmerzen. Letzte Menses Anfang Dezember 99. Danach einige Tage weisser Fluss. Patientin ist Nullipara.

Von Kindheit an leidet Patientin in jedem Winter an Husten mit spärlichem Auswurf und Brustschmerzen. Heiserkeit soll schon immer bestanden haben. Akute Lungenkrankheiten hatte Patientin nicht.

Anfang November 1899 bemerkte Patientin allmähliches Anschwellen des Leibes, ohne dabei Schmerzen zu haben.

Anfang Januar dieses Jahres stellten sich Schmerzen in der linken Seite beim Atmen ein, die noch bestehen. Die Menstruation blieb aus.

Patientin kommt wegen der zunehmenden Schwellung des Leibes auf Veranlassung eines Arztes.

Status: Kleine Patientin in ziemlich gutem Ernährungszustande ohne Oedeme.

Lungen: Links vorn verschärftes Inspirium, rechts desgleichen und ausserdem Bronchialatmen. Ueber den unteren Partieen der Lunge Bronchialatmen mit zahlreichen Rasselgeräuschen, links besonders scharf. Die Perkussion ergiebt über den Lungenspitzen keine Dämpfung, dagegen über den unteren Partieen, hinten an der Skapulaspitze beginnend, seitlich noch höher.

Abdomen sehr stark ausgedehnt. Die Form des Leibes ist breit und verhältnismässig flach. Nabel vorgewölbt. Auf dem Abdomen erweiterte Venen und Striae sichtbar. Die Konsistenz des Abdomens ist prall cystisch mit deutlicher Fluktuation. Die Perkussion ergiebt tympanitischen Schall oberhalb des Nabels und etwas nach rechts. Unterhalb des Nabels, rechts und links überall Dämpfung. Bei Lagewechsel geht der gedämpfte Schall der abhängigen Partieen in tympanitischen über. Leberdämpfung nicht verbreitert. Hymen intakt, gedehnt. Scheide eng. Portio zapfenförmig, klein, steht hinten. Corpus uteri scheint vorn zu liegen, der Uterus scheint klein zu sein und beweglich. Das Becken ist frei von Tumoren. Die Tuben sind nicht fühlbar. Eine bimanuelle Untersuchung ist wegen der gespannten Bauchdecken nicht möglich.

Urin frei von Albumen und Zucker.

Diagnose: Tuberculosis pulmonum, Pleuritis tuberculosa. Peritonitis tuberculosa.

Status vom 24. I. Die Dämpfung ist auf der linken Lunge ausgesprochener als rechts. Die Auscultation ergiebt Bronchialatmen mit Rasselgeräuschen. Die Percussion der Lungenspitzen ergiebt keine Anhaltspunkte, dagegen ist bei der Auscultation das Inspirium verschärft und links ein Giemen zuweilen hörbar. Die Dämpfung über den unteren Lungenpartieen erklärt sich

aus Compression + Exsudut, das links ausgedehnter ist als rechts.

Das verschärfte Inspirium könnte ebenfalls seine Erklärung in der Compression der Lunge auf einen kleinen Raum finden.

30. I. Leibesumfang 100 cm.

Operation: Operateur Professor Dr. Winter. Kleiner Bauchschnitt in Tieflagerung. Ablassen von 10 Liter klarer grünlicher Ascitesflüssigkeit. Dann Beckenhochlagerung und Verlängerung des Bauchschnittes bis circa 12 cm Länge. Peritoneum parcetale in ganzer Ausdehnung ebenso wie das Peritoneum viscerale blaurot verfärbt und überall mit hirsekorngrossen, dicht gedrängten Knötchen besetzt. im Bereich des kleinen Beckens am dichtesten.

Beide Tuben zu daumendicken Würsten verdickt und erweitert, links stärker als rechts und mit Knötchen dicht bestanden. Abdominelles Ende an beiden geöffnet. Beim Anfassen der Tube mit der Zange entleert sich ziemlich viel tuberculöser breiiger Eiter. Die ganze Umgebung der Tuben und des uterus ist mit leicht löslichen Adhäsionen bedeckt. zwischen denen sich peritonitischer Ascites befindet

Zunächst wird die linke, stark verdickte Tube doppelt abgebunden, nahe dem Uterushorn. Der uterine Teil ist nicht verdickt. Der linke Eierstock kommt dabei nicht zu Gesicht. An der rechten Tube wird ebenso verfahren, nachdem dieselbe aus den Adhäsionen gelöst ist. Einige fetzige Membranen werden vom uterus abgetrennt.

Dann wird in Beckentieflagerung der letzte Rest des Ascites, soweit wie möglich, ausgetupft.

Verlauf: Nach der Operation Collaps. 4 Spritzen Campher nötig. Der Puls bessert sich. Frühzeitige Nahrungsaufnahme per os.

5. II. Leib nicht druckempfindlich. Patientin sieht sehr elend aus. Kein Erbrechen.

9. II. Ständiges Erbrechen. Keine Nahrung per os. Nährklystieren.

10. II. Nahrung per os wiedergegeben. Zuweilen noch Erbrechen. Linksseitige Pneumonie, Priessnitz. Expectorantien.

15. II. Teilweise Entfernung der Nähte.

19. II. Husten mit mässiger Expectoration.

23. II. Entfernung der letzten Fäden. Wunde per primam geheilt. Ascites wieder vorhanden, wenn auch geringer.

26. II. Husten uud Atembeschwerden noch immer. Expectorans.

28. II. Expectoration wird geringer. Sehr kräftige Ernährung.

8. III. Befinden der Kranken besser. Expectoration ganz gering. Schlaf und Appetit besser.

16. III. Sichtliche Kräftezunahme. Keine wesentiche Expectoration. Tinctura Chinae composita + tinctura ferripomata.

30. III. Dauerndes Wohlbefinden. Die Kräfte nehmen zu.

11. IV. Innere Untersuchung: Nur mit einem Finger ausführbar. Uterus antevertiert in der Mittellinie. Von Adnexen nichts palpabel, nirgend ein abnormer Befund.

21. IV. Kräftezustand gut. Uterusbefund wie am 11. IV. Befund an den Pulmorus wie im Status, dagegen Fehlen der Dämpfungen, die durch die pleuritischen Exsudate hervorgebracht waren, sowie deren sonstige Symptome.

22. IV. Entlassung.

Patientin ist am 15. April 1901 im Krankenhause zu Pillkallen verstorben. Sie wurde nahezu moribund eingeliefert mit der Diagnose Typhus abdominalis. Ausser-

dem bestand hochgradige Lungentuberkulose. Zwischen Nabel und mons veneris war eine Operationsnarbe sichtbar, in deren Bereich eine stark secernierende Fistel sich befand. Ascites war nicht vorhanden.

Anatomische Beschreibung: Makroscopisch 2 wurstförmig geschlängelte, daumdicke Tumoren, 15 cm lang, welche den Tuben entsprechen. Der seröse Ueberzug ist stark verdickt, iniciert und mit zahlreichen etwa stecknadelkopfgrossen Knötchen bedeckt. Auf Druck entleert sich aus der rechten Tube aus ihrem abdominellen Ende käsiger Eiter. Nur das rechte Ovarium wurde entfernt.

Mikroscopisch: 1. Rechtes Ovarium: Ausserordentlich stark und zellreich infiltriertes Ovarialgewebe mit wenig Primordialfollikeln. Infiltration recht oft zu charakteristischen Tuberceln abgerundet, fast gänzlich ohne Riesenzellen und ohne Nekrosen.

2. Rechte Tube (uterines Ende): Die Schleimhaut ist hier am wenigsten beteiligt, während die ganze übrige Wandung nur aus Tuberceln mit vorgeschrittener Verkäsung, aus Riesenzellen und Detritus besteht. Die Serosa setzt sich noch erkennbar ab, besteht aber im wesentlichen nur aus tuberculösem Granulationsgewebe. 3 verkalkte Tubercel.

3. Rechte Tube (Mitte): Serosa im Stadium chronischer, schwieliger Verdickung. Von der Muskulatur nur wenige, schmale Reste erkennbar; ebenso von der Schleimhaut nur einzelne Epithelbrücken zwischen Tuberceln und Käsemassen liegend. Zahlreiche Riesenzellen.

4. Rechte Tube (abdominelles Ende): Alles Tuberkel mit Riesenzellen. Verkäsung und der Serosa aufgelagerte Exzudatmassen. Keine Wandstruktur erkennbar.

5. Linke Tube (uterines Ende): Ist auf dem Schnitt doppelt getroffen, so dass der Querschnitt doppelt erscheint, einmal noch umgeben von Uterusmuskulatur, dann in einem entfernteren Tubenabschnitt. Die Tube ist im intramuralen Teil nur wenig afficiert, dagegen bedeutend stärker auf dem distaleren Querschnitt.

6. Linke Tube (Mitte): Zerstörung noch weiter vorgeschritten wie am uterinen Ende. Viel Verkäsungen; die Schichten der Wandung nur mühsam unterscheidbar; wenige Schleimhautreste.

7. Linke Tube (abdominelles Ende): Gänzliche Zerstörung des Gewebes durch den tuberkulösen Prozess. Alles strotzt von Tuberkeln. Dieselben sind grösstenteils konfluiert, oft verkäst mit massenhaften Riesenzellen. Einzelne Schnitte bestehen aus farblos gebliebenen reinen Käsemassen ohne erkennbare Struktur.

Frau A. B., 25 Jahre, Gärtnersfrau aus Wollehlen bei Darkehmen. Aufnahme 9. II. 1900, Operation 23. II., Entlassung 1. IV. 1900.

Anamnese: 1. Menses mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, von 4—5 tägiger Dauer, mit geringer Blutung, ohne Schmerzen.

Letzte Menses in den ersten Tagen des Januar.

Patientin heiratete im Januar 1894. Sie hat drei partus durchgemacht, die alle spontan verliefen. Die Kinder leben.

Letzter Partus am 23. März 1898.

Seit Mitte Dezember 1899 bemerkte Patientin ein allmähliches Dicker- und Härterwerden des Leibes, und Schmerzen bei Bewegungen. Schwellungen der Beine sollen nie gewesen sein; keine Atembeschwerden.

Mitte Januar d. Js. ging Patientin zum Arzt, der sie mit internen Mitteln behandelte ohne Erfolg. Vom 3.—5. II. war Patientin im Lazarett in Darkehmen, wo

eine Probepunktion gemacht wurde. Der Arzt schickte sie hierher.

Status: Mittelgrosse Patientin mit leichten Oedemen an den unteren Extremitäten. Herzdämpfung nicht verbreitert. Ueber der Herzspitze und auf dem Sternum systolisches Geräusch. An den Lungen kein abnormer Befund.

Der Leib ausgedehnt, hauptsächlich in querem Durchmesser. Die Perkussion ergiebt bei tiefem Eindrücken um den Nabel herum tympanitischen Schall. Bei verschiedener Lagerung der Patientin deutlicher Schallwechsel. Resistente Partieen nirgends fühlbar.

Alter Dammriss. Portio dick, steht hinten. Muttermund geschlossen, zeigt kleine Einrisse, sieht nach hinten unten. Rechts vom Uterus fühlt man eine weiche, nicht cirkumskripte Resistenz, welche die verdickte Tube sein kann. Links ist von den Adnexen nichts deutlich palpabel. Auch die Rektaluntersuchung ergiebt keinen näheren Aufschluss über die Tuben.

Diagnose: Tuberculosis tubarum et peritonei.

Operation: Operateur Professor Dr. Winter. Eröffnung der Bauchhöhle, erschwert durch breite Adhäsionen der Därme mit der Bauchwand im oberen Teil der Wunde. Ungefähr an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Wunde gelangt man in die Bauchhöhle. Hier keine Adhäsionen. Es entleert sich freie Flüssigkeit, welche serös, etwas blutig, mit fibrinösen Membranen durchsetzt erscheint. Der Magen und die Flexura sigmoidea stark ausgedehnt, ihre Wand sehr starr. Das ganze Peritoneum parietale und viscerale erscheint gerötet und stellenweise mit dicken, grauen abziehbaren Schwarten bedeckt. Ueberall spannen sich gelbliche fibrinös-eitrige Membranen in der Bauchhöhle aus. Die Peritonealblätter sind breit verklebt, namentlich in der Nähe der Genitalien, so dass die Adnexe

nicht zu sehen, nur zu fühlen sind. Da die Tuben sich aber verdickt anfühlen, so werden sie allmählich freigemacht, was rechts und durch Einreissen des Ligamentum latum und Ausschälen aus demselben gelingt. Links wird nur die Tube, rechts Tube und Ovarium entfernt. Rechts sind einige Umstechungen wegen Blutungen aus dem Ligamentum nötig. Knötchen sind in ganzer Ausdehnung auf dem Peritoneum nicht nachweisbar, nur an einer Stelle unter den Schwarten liegen kleine Knötchen.

Verlauf: 8. III. Entfernung einer Naht. Aus dem Stichkanal kommt etwas trübe seröse Flüssigkeit. Die übrigen Fäden bleiben noch liegen.

12. III. Entfernung der übrigen Fäden.

17. III. Patientin steht auf, hat sich bei robuvierender Diät gut erholt.

26. III. Aus dem Stichkanal noch immer etwas trübe Flüssigkeit. Aufschläge mit Essigsaurer Thonerde.

29. III. Leib überall etwas starr und wenig eindrückbar. Bauchwunde bis auf eine kleine Fistel im untern Drittel, aus der sich wenig trübe Flüssigkeit auf Druck entleert, per primam geheilt. Uterus etwas tiefer als normal, in normaler Lage. Vom hinteren Scheidengewölbe wie auch rechts und links vom Uterus starre Restistenz. Infolgedessen von den Adnexstümpfen nichts fühlbar. Die Percussion ergiebt in den rechten abhängigen Abdominalpartien vollkommen tympanitischen Schall. Links dagegen Dämpfung, die bei Lagewechsel in tympanitischen Schall übergeht.

1. IV. Entlassung.

Die Temperatur war an den ersten Tagen nach der Operation normal, am 5. Tage stieg sie bis 39°. Von dann ab blieb sie bis zur Entlassung und 38° herum bestehen.

Bald nach der Entlassung bekam Patientin einen grossen Abscess, der nach der Laparatomiewunde durch-

brach, und mehrere Liter Eiter ergab. Erweiterung der Oeffnung und Tamponade der Höhle. Circa 8 Tage lang Besserung, dann peritonitische Erscheinungen, die aber nur sehr langsam vorwärts schreiten. Schliesslich tritt fortwährendes Erbrechen auf, und am 31. VIII. kommt Patientin an Inanition ad exitum.

W. O., 19 J., Dienstmädchen aus Kundchen, Kreis Fischhausen. Aufnahme 1. VIII. 1900, Operation 7. VIII, Entlassung 19. X. 1900.

Anamnese: Bei der Patientin ist bis dahin keine Menstruation eingetreten. Früher hat sie keine Krankheiten durchgemacht. Seit $^1/_2$ Jahre fühlt Patientin sich sehr matt, und sucht aus diesem Grunde, und weil noch nicht die Regel bei ihr aufgetreten ist die Klinik auf. Klagen über Schmerzen oder dergleichen führt sie nicht.

Status: Patientin ist in gutem Ernährungszustande.

Herz und Lungen ohne abnormen Befund.

Vagina mässig weit. Der Hymenalsaum spannt sich an. Portio steht hinten, geht über in einen Tumor von unregelmässiger Gestalt, der auf der Vorderfläche verschiedene kleine Hervorwölbungen zeigt, und der im ganzen gut kindskopfgross erscheint.

Urin klar, ganz geringe Spuren von Eiweiss.

Diagnose: Tuberculosis peritonei.

Operation: Operateur Dr. Richter. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen langen Schnitt von der Symphyse bis zum Nabel. Am Peritoneum parietale ist das Netz adhärent, welches erst gelöst werden muss, um die Peritonealhöhle zu eröffnen. Im ganzen Bereich der Bauchhöhle ist das Peritoneum der Därme unter sich und mit dem Peritoneum parietale verklebt. Im kleinen Becken liegt ein Convolut von Darmschlingen, welche ebenfalls miteinander verklebt sind und mit

Knötchen bedeckt sind. Dieses Convolut entspricht offenbar dem bei der Untersuchung gefühlten Tumor. Eine deutliche Unterscheidung des Uterus und der Adnexe ist weder mit dem Gesicht, noch mit dem Gefühl möglich, jedoch sind an Stelle der Tuben keine grösseren Tumoren zu fühlen. Nach der Lösung der meisten Adhäsionen und Ausfliessenlassen des ganz geringer Ascites wird nach Excision eines Stückchens des Peritoneum parietale die Bauchhöhle geschlossen.

Bauchnaht in 3 Etagen.

Verlauf: Heilungsverlauf fieberlos.

17. VIII. Herausnahme der Fäden; Wunde primär geheilt.

1. IX. Aus einem Stichkanal dringt auf Druck von der Seite her ein Tropfen gelb-grünlichen Eiters. Eiterung jedoch nur oberflächlich. Bei der inneren Untersuchung fühlt man, dass der vor der Operation palpierte Tumor jetzt gänzlich verschwunden ist. Der Uterus ist, wenn auch nur undeutlich, abzugrenzen: er ist klein, liegt anteflectiert. Rechts hinten ein Tumor, das Ovarium dieser Seite klein; Tube nicht mit Sicherheit zu constatieren. Links ist nur eine, die Gegend der Adnexe des Parametriums umgreifende Verdickung mit unbestimmten Grenzen zu fühlen, welche jedoch einen weit kleineren Umfang zeigt, als wie der dort bei der Aufnahme gefühlte Tumor. Patientin bleibt noch im Bette.

4. IX. Wunde verheilt. Patientin darf aufstehen. Allgemeinbefinden ohne Störung.

8. IX. In der Mitte der Laparatomienarbe hat sich eine oberflächliche 4 cm lange, und 1 cm breite, dem Verlauf der Narbe entsprechende Fluctuationsstelle gebildet, welche auf Druck etwas schmerzt. Ordo: Essig saure Thonerdeumschlag.

10. IX. Die Haut ist an einer Stelle über der Fluctuationsstelle durchbrochen, aus der Perforationsöffnung dringt etwas seröse leichtgetrübte Flüssigkeit. Keine Eiterung. Der Prozess nur ganz oberflächlich.

23. IX. Wunde zeigt keine Neigung zu verheilen. Auch im oberen Mundwinkel eine kleine geschwürige Stelle.

9. X. Die Narbe zeigt folgendes Aussehen: Circa 5 cm oberhalb ihres unteren Endes ein doppelt bohnengrosser Defect, der 2 flache geschwürige nicht in die Tiefe gehende Partieen zeigt. Am oberen Ende der Laparatomienarbe ein fast linsengrosser Defect von ähnlicher Beschaffenheit.

Uterus nicht vergrössert, nicht empfindlich; vor ihm liegt ein mandelgrosses langgestrecktes Gebilde, welches dem palpierenden Finger leicht entgleitet. An den Adnexen keine Veränderung. Beim Verschieben der beiden Peritonalplatten des Douglas'schen Raumes an einander sind grössere Unebenheiten nicht wahrnehmbar.

10. X. Entlassung. Patientin ist in gutem Ernährungszustande; sie wird mit der Weisung entlassen, sich behufs Verbandswechsels in der Poliklinik weiter behandeln zu lassen.

Befund 1¼ Jahr nach der Operation: Patientin (Dienstmädchen) ist vollkommen arbeitsfähig. Ihr Aussehen ist blühend. Schmerzen hat sie nicht. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig. Die Menses alle 4 Wochen, regelmässig, schmerzlos dauern 2—3 Tagen.

Narbe in der Mitte, entsprechend wohl der Stelle der Eiterung breit, kleine Fascienlücke. Der Uterus ist klein, liegt retroponiert. Vom linken Scheidengewölbe fühlt man deutlich einen wurstförmigen Körper von Fingerdicke, ziemlich beweglich etwas empfindlich, welcher in seiner Lage der linken Tube entspricht. Auch der rechten Tube entsprechend fühlt man einen Körper ähnlicher Contur.

Lungen: Atmungsgeräusch in der linken Spitze etwas abgeschwächt.

Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Peritonialstückes hat ausgedehnte Tuberculose ergeben.

Frau E. K., 30 Jahre, Militäranwärtersfrau aus Tilsit. Aufnahme den 2. III. 1901. Operation 9. III. Entlassung 18. V. 1901.

Anamnese: Erste Menses mit 15 Jahren; seitdem regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, mit starker Blutung, ohne Schmerzen. Letzte Menses vor 17 Monaten. Patientin hat 2 mal geboren. I. Partes vor 3 Jahren, II. vor 8 Monaten. Beide Entbindungen sind spontan verlaufen. Die Wochenbetten waren fieberfrei. Bis jetzt hat Patientin ihr Kind selbst genährt. Bis zum Beginn des jetzigen Leidens will Patientin stets gesund gewesen sein. Am 2. Januar d. J. will Patientin plötzlich brennende Schmerzen in der linken Hüfte bekommen haben. Der Schmerz soll am nächsten Morgen nicht mehr bestanden haben, dagegen will Patientin ein plötzliches Anschwellen des Leibes bemerkt haben. Innerhalb der nächsten beiden Tage soll der Leib bis zu seiner augenblicklichen Stärke angeschwollen sein. Ein zu Rate gezogener Arzt constatierte eine Wasserblase. Er verordnete Medizin und Pillen. Vor 8 Tagen riet er der Patientin die hiesige Frauenklinik aufzusuchen.

Patientin will nie an Unterleibsbeschwerden, Ausfluss, Blasenbeschwerden oder Menstruationsanomalien gelitten haben.

Status: Grosse Patientin in mässigem Ernährungszustande. Lungen: Links hinten unten Dämpfung. Atmungsgeräusch daselbst beinahe aufgehoben. Keine katarrhalischen Geräusche. Rechts hinten unten Lungengrenzen gut verschieblich. Leib gleichmässig aufgetrieben, mehr in die Breite als sagittal. Deutliche Fluctuation. Umfang 99 cm. Die Percussion ergiebt zwischen Nabel

und Symphyse, zwischen Nabel und der linken Spina anterior superior gedämpften, in der rechten Lendengegend und oberhalb des Nabels tympanitischen Schall. Ein Tumor lässt sich nicht palpieren. Die Consistenz des ganzen Abdomens ist schlaff cystisch. Bei Lagewechsel wird der Schall links nicht tympanitisch. Der Schall rechts bleibt tympanitisch. Muttermund sieht nach hinten unten. Pertio hinter der Führungslinie. Uterus lässt sich nicht genau abtasten. Der Douglasraum ist frei. Der tympanitische Schall entspricht nicht der höchsten Kuppe des Abdomens, sondern dieselbe befindet sich am Nabel. Daselbst ist der Schall leer.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Operateur Prof. Dr. Winter. Eröffnung der Bauchhöhle in Beckenhochlagerung. Beim Eröffnen des Peritoneums entleeren sich 5 Liter einer gelben, serösen Flüssigkeit, deren Ablaufen durch Beckentieflagerung begünstigt wird. Das Peritoneum parietale, die Serosa der Dünndärme und der Adnexe, sowie der uterus sind mit kleinen miliären Knötchen bedeckt. Die Adnexe werden hervorgezogen. Eine makroskopische Veränderung ausser der vorher erwähnten Besetzung mit Knötchen besteht nicht. Es wird infolgedessen keine Resektion derselben vorgenommen, sondern die letzten Reste des Exsudats ausgetupft und die Bauchhöhle geschlossen.

Verlauf: 17. III. Beim ersten Verbandwechsel quillt aus dem dritten Stichkanal von unten ein Fingerhut serösen Secrets. Die Nähte werden entfernt.

26. III. Patientin verlässt das Bett. Die Narbe ist fest consolidiert.

2. IV. Die vorher fest consolidierte Narbe ist weich, aus ihrem oberen Teil quillt etwas gelblich-seröse

Flüssigkeit hervor. Im unteren Teil ist sie aufgelockert. — Bettruhe.

8. IV. Im Verlauf der Narbe haben sich mehrere umschriebene secernierende Geschwüre entwickelt. — Jodoformpulver.

16. IV. Die Geschwüre zeigen keine Tendenz zur Heilung. Essigsaure Thonerde. — Bei der Diagnose kommt eine sekundäre tuberkulöse Infection in Frage.

23. IV. Die Geschwüre werden geätzt. Patientin verlässt heute das Bett. Befinden sonst ein gutes.

25. IV. Auch das argentum nitricum hat wenig Erfolg gehabt. Es wird ein Jodoformgazeverband angelegt.

10. V. Verband mit Perubalsam.

18. V. Patientin wird entlassen und zur Weiterbehandlung der Poliklinik überwiesen.

Entlassungsstatus: Wunde bis auf einige ganz kleine Granulaticum geheilt. Uterus klein, liegt anteflectiert. Hinter demselben und zu beiden Seiten diffuse Resistenzen, deren Oberfläche uneben ist. Keine Schmerzhaftigkeit.

9 Monate nach der Operation ist das Befinden laut brieflichem Bericht ein äusserst gutes. Patientin ist vollkommen arbeitsfähig und ohne Beschwerden.

A. G., 20 Jahre, Stubenmädchen aus Piontken, Kreis Darkehnen. Aufgenommen 21. IV. 1901. Operation 25. IV. Entlassung 10. VI. 1901.

Anamnese: I. Menses mit 15 Jahren, seitdem regelmässig alle 3 – 4 Wochen von 8tägiger Dauer mit starkem Blutverlust, ohne Schmerzen. Letzte Menses vor 14 Tagen. Patientin ist Nullipara. Am 7. März vorigen Jahres erkrankte Patientin, die bis dahin ganz gesund gewesen war, plötzlich unter hohem Fieber,

Schüttelfrost, starken spickenden Kreuz- und Kopfschmerzen. Der Unterleib war stark aufgetrieben und auf Druck, besonders das linke Mesogastrium sehr schmerzhaft. Spontane Schmerzhaftigkeit bestand nicht. Gleichzeitig bestand heftiger Durchfall mit dunkel, aber nicht blutig gefärbten Stühlen. Kein Husten, kein Erbrechen. Von Beginn ihrer Erkrankung befand sich Patientin in Behandlung im hiesigen städtischen Krankenhause, wo sie nach 3 wöchentlichem Aufenthalte operiert wurde. Ueber die Art der Operation weiss Patientin nichts Näheres. Die oben beschriebenen Beschwerden, welche bis zur Operation unverändert angehalten hatten, wichen gleich nach derselben. Nach 3 Wochen konnte Patientin aufstehen, nach weiteren 8 Tagen verliess sie beschwerdefrei die Anstalt und übernahm innerhalb 3 Wochen wieder ihren Dienst, nur der Leib behielt eine abnorme Spannung und mässige Auftreibung bei. Weihnachten vorigen Jahres stellte sich bei der Patientin Appetitlosigkeit und Mattigkeit ein, ohne dass Störungen von Seiten des Unterleibs sich bemerkbar machten. Am 28. Februar dieses Jahres erkrankte Patientin zum zweiten Male, in ähnlicher Weise wie im März vorigen Jahres, unter hohem Fieber, Kopf- und Kreuzschmerzen, daneben bestand sich mehrfach wiederholendes Erbrechen, das 3 Wochen (täglich circa 1 Mal) anhielt, ebenso lange wie die Kreuz- und Kopfschmerzen. Die gleichzeitig vorhandenen Unterleibsschmerzen, die wie damals auf das linke Mesogastrium lokalisiert waren, diesmal aber auch spontan bestanden, von spickendem Charakter und in ihrer Intensität von der Menstruation unabhängig waren, blieben mit zunehmender Stärke continuierlich ohne Pause bis heute bestehen. Der consultierte Arzt behandelte Patientin neben Medizin und Pulvern, die etwas mildernd wirkten auf die Schmerzen, mit drei-

maligen Probepunktionen in der schmerzhaften linksseitigen Gegend des Unterleibes, welche wässrige Flüssigkeit ergaben. Nach genossener Mahlzeit tritt eine Zunahme der Leibschmerzen ein. Keine Lungen- und Harnbeschwerden. Obstipation seit Ende Februar dieses Jahres.

Auf ärztlichen Rat sucht Patientin die hiesige Klinik aut.

Status: Patientin ist gross, schlank, in mässigem Ernährungszustande. Keine Oedeme. Gesichtsfarbe blass. Schleimhäute anämisch. Herz nicht vergrössert, erster Ton unrein. Lungen ohne Befund. Laparatomienarbe 1 Querfinger unterhalb des Nabels beginnend bis Hand breit oberhalb der Symphyse reichend. Abdomen halbkugelig aufgetrieben, prall gespannt. Der Percussionsschall gedämpft von der Symphyse bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel, sonst überall tympanitisch, auch in den abhängigen Partien. Vagina kurz, eng. Portio vor der Führungslinie. Muttermund sieht nach hinten unten. Uterus klein, anteflectiert und anteponiert. Hinter ihm und links fühlt man einen prallcystischen Tumor, über dessen Grösse sich bei der starken Spannung des Leibes nichts eruieren lässt. Urin etwas trübe, minimale Spur Albumen, kein Zucker.

Diagnose: Abgekapselter Ascites bei Peritonitis tuberculosa.

Laparatomie: Operateur Dr. Hammerschlag. Eröffnung der Bauchhöhle in mässiger Beckenhochlagerung durch einen Schnitt in der Mittellinie, der die alte Narbe mitbenutzt. Es zeigt sich, dass sämtliche Schichten der Bauchwand ein gleichmässiges speckartiges bindegewebiges Aussehen angenommen haben, besonders in der Gegend des alten Schnitts. Schliesslich gelangt man an eine abgekapselte, mit Flüssigkeit gefüllte Höhle, in die zuerst eine Punktionsnadel eingestochen wird. Es

entleert sich gelbliche seröse Flüssigkeit: es wird an dieser Stelle mit dem Messer eingegangen und circa 2 Liter Flüssigkeit abgelassen. Dabei entleeren sich Fribinflocken. Nach weiterer Eröffnung dieses Hohlraumes zeigt es sich, dass er völlig abgekapselt ist gegen die freie Bauchhöhle und dass er in seinem Innern überall mit Fibringerinseln austapeziert ist. Die letzten Reste der Flüssigkeit werden sorgfältig ausgetupft. Die Adnexe liegen in Schwarten so verborgen, dass man von den Genitalien nichts zu Gesicht bekommt. Es wird deshalb davon abgesehen, dieselben zu isolieren und zu extirpieren. Schluss der Bauchhöhle in drei Etagen, einigermassen erschwert durch die oben geschilderten Verhältnisse, so dass besonders bei der Fasciennaht sehr dicke Schichten mitgenommen werden müssen. Infolgedessen gelingt es nicht einfach zu vereinigen und es werden noch einige Catgutknopfnähte zwischen die forlaufende Naht gelegt, so dass dann die Vereinigung vollkommen ist.

Verlauf. 4. V. Ungestörte Rekonvalescenz.

6. V. 01. Herausnahme der Hälfte der Fäden. Aus dem unteren Wundwinkel entleert sich durch einen Stichkanal etwa ein Fingerhut voll sanguinulenter seröser Flüssigkeit. Im übrigen Verband und Wunde trocken. Neuer Trockenverband.

9. V. Entfernung der letzten Fäden.

17. V. Granulationen am oberen und unteren Wundwinkel teilweise mit Eiter bedeckt. Therapie: Essigsaure Thonerdeumschläge; Jodoformpudern.

20. V. Serös citrige Flüssigkeit entleert sich in reichlicher Menge aus dem unteren Wundwinkel.

27. V. Lungen: Links hinten oben verkürzt gedämpfter Schall bronchiales Atmen.

10. VI. Entlassung.

Status: Laparatomiewunde bis auf einen 10 Pfennigstück grossen granulierenden Defekt geheilt. Links neben dem Uterus diffuse, knollige Resistenzen, ebenso rechts und hinter ihm. Die Temperatur hielt sich von der Operation bis zur Entlassung in normalen Grenzen, mit Ausnahme einer plötzlichen Erhebung bis 39° am Ende der 4. Woche. Diese Steigerung dauerte nur 5 Tage. Dann kehrte die Temperatur wieder zur Norm zurück. Der Puls war andauernd erhöht, schwankte zwischen 100 und 120.

Patientin ist seit dem 29. V. 01 wieder in der Klinik, da bald nach ihrer Entlassung die alten Beschwerden wieder aufgetreten sind. Die bei ihrer Entlassung granulierende Wunde am unteren Abschnitte ist bis heute noch nicht völlig geheilt. Dieselbe hat sich zeitweise geschlossen, ist aber dann immer wieder aufgebrochen, dabei geringe Eitermengen entleerend. Die Periode ist seit der Operation nicht aufgetreten. Einige Wochen nach der Entlassung traten ab und zu nach einer Mahlzeit die alten kneifenden Schmerzen in der Magengegend auf. Dieselben wurden immer häufiger und intensiver. Ebenfalls einige Wochen nach der Entlassung traten brennende Schmerzen in der Blasengegend beim Urinieren auf. Dieselben wurden gleichfalls fortgesetzt stärker. Vermehrter Harndrang bestand nicht. Patientin leidet fortgesetzt an Husten und Atemnot bei geringen Anstrengungen.

Status: 29. XI. 01. Mässiger Ernährungszustand. Alte Laparatomienarbe, in deren unteren und oberen Ende feuchte granulierende Stellen sich befinden. Abdomen flach. Portio steht hinten. Uterus sehr klein, liegt retrovertiert. Neben dem Uterus diffuse Resistenzen, keine Tumoren. Bei Druck entleert sich aus der unteren granulierenden Stelle gelbgrüner Eiter. Die Sonde dringt 9 cm tief ein. Kein Ascites. Die

Diagnose lautet: Peritonealtuberculose nicht ausgeheilt. 3. XII. Abkratzen der Umrandung der Fistelmündung. Die Curette lässt sich nicht tiefer einführen.

J. D., 21 Jahre, Schneiderin aus Königsberg. Aufgenommen 7. VI. 1901. Operation 15. VI. Entlassen 3. VII. 1901.

Anamnese: I. Menses mit 17 Jahren, danach regelmässig 4wöchentlich, 3—4 Tage dauernd, schwach und schmerzlos. Letzte Menses vor 8 Tagen. Patientin hat einmal geboren vor $1^1/_2$ Jahren. Geburt und Wochenbett verliefen normal. Weihnachten 1899 lag Patientin 3 Wochen an linksseitiger Brustfellentzündung im Krankenhaus der Barmherzigkeit. Es wurde ihr damals etwa ein Liter grünlicher Flüssigkeit aus der linken Pleurahöhle abgelassen. Patientin wurde damals völlig beschwerdefrei entlassen und hat seit der Zeit bis jetzt nie an Husten und Auswurf und nur selten an Stichen in der Brust gelitten. Ebenso hat sie nie nächtliche Schweissausbrüche gehabt. Der Appetit war die ganze Zeit über gut.

September vorigen Jahres bemerkte Patientin ein Stärkerwerden ihres Leibes, und zwar an der Unmöglichkeit das Corsett zu schliessen. Der sogleich konsultierte Arzt konstatierte „Wasser im Leibe“ und verordnete einen Thee. Danach schwoll der Leib wieder völlig ab.

Anfang März dieses Jahres begann der Leib von neuem zu schwellen. Die Schwellung bildete sich diesmal nach reichlichem Theegenuss nicht wieder zurück.

Im Herbst vorigen Jahres bekam Patientin einige Tage später, nachdem sie eine Nähmaschine getragen, in der rechten Leiste stechende Schmerzen. Gleichzeitig bemerkte Patientin daselbst eine kleine Hervorwölbung. Ein zu Rate gezogener Arzt konstatierte

einen Bruch und verordnete das Tragen eines Bruchbandes, das die Beschwerden beseitigte und den Bruch gut zurückhält. Seit März dieses Jahres leidet Patientin an häufigem Harndrang uad des öfteren an stechenden Schmerzen beim Urinieren. Wegen der Schwellung des Leibes sucht Patientin auf Anraten des Arztes die Klinik auf.

Status: Patientin ist mittelgross, schlank, in mässigem Ernährungszustande. Ohne Oedeme. Lungen: Links hinten unten Luugengrenzen verschieblich, rechts hinten unten Dämpfung, ebendaselbst abgeschwächtes Atemgeräusch und Knisterrasseln. Rechts oben verkürzter Schall, ebendaselbst verschärftes, verlängertes, hauchendes Exspirium. Die rechte Spitze steht etwas tiefer als die linke.

Rechtsseitiger Leistenbruch. Abdomen aufgetrieben mehr in die Breite als sagittal, leichte Fluktuation. In den abhängigen Partieen gedämpfter Schall, der sich bei Seitenlagerung aufhellt. Ueberall in Handbreite um den Nabel tympanitischer Schall.

Introitus mittelweit. Beim Drängen wölbt sich die hintere Vaginalwand etwas in denselben. Portio steht etwas tief. Der Muttermund ist quer gespalten, sieht nach unten. Der Uterus liegt retrovertiert, ist sehr klein, Sondenlänge 6 cm. Das Endometrium nicht schmerzhaft. In der Gegend der linken Adnexe fühlt man einen verschieblichen, unregelmässigen halbhühnereigrossen Tumor, in der Gegend der rechten Adnexe etwas höher eine diffuse Resistenz. Urin normal. Gewicht 102½ Pfund.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, rechtsseitiger Leistenbruch, Tuberculosis pulmonum.

Operation: Operateur Professor Dr. Winter. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in Beckenhochlagerung Ablassen von klarer Ascitesflüssigkeit, und so viel wie

möglich Ausdrücken der Flüssigkeit aus den Lendengegenden. Uebergang zur Beckenhochlagerung und breite Eröffnung der Abdominalhöhle. Das Peritoneum parietale, speciell im kleinen Becken, der viscerale Ueberzug der Dünndarmschlingen, des Uterus, der Ligamenta lata und Tuben sind mit tuberculösen Knötchen bedeckt. Zwischen den Adnexen Adhäsionen, die ebenso, wie das Peritoneum parietale verdickt und eigenartig gequollen erscheinen. Durch scharfe und stumpfe Trennung werden die Adnexe frei gemacht und beide nach doppelter Unterbindung exstirpiert. Dabei fällt rechts der Abtrennungsschnitt in den der rechten Uteruskante anliegenden Teil des Ligamentum latum. Dabei wird die Arteria uterina verletzt. Umstechung. In Beckentieflagerung wird der letzte Rest der Ascitesflüssigkeit herausgelassen. Bauchnaht in 3 Etagen.

Verlauf: 25. VI. Entfernung der Fäden: die Wunde ist gut vernarbt.

28. VI. Patientin steht auf, ist beschwerdefrei. Urin klar.

3. VII. Entlassung. Entlassungsstatus. Wunde linear verheilt. Uterus in Retroversion, ziemlich beweglich. Im Douglas diffuse, schmerzhafte Resistenzen. Abdomen nicht aufgetrieben, etwas gespannt. Schall überall tympanitisch. Gewicht 100 Pfund.

Befund 5 Monate nach der Operation. Patientin ist vollständig arbeitsfähig. Das Aussehen ist etwas anämisch. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig. Seit der Operation ist die Regel nicht mehr eingetreten. Das Abdomen ist flach, nirgend empfindlich. Die Narbe fest. Die Percussion ergiebt keine Spur von Ascites. Der Uterus ist ganz klein, atrophisch, nach der rechten Beckenwand herüber vertiert und dort fixiert. Von Knötchen ist bimanuell nichts zu fühlen. Gewicht 103 Pfund.

Anatomische Beschreibung: Beide Tuben verdickt geschlängelt verlaufend, mit kleinen und grösseren grau schimmernden Knötchen bedeckt. An beiden Präparaten sind die Ovarien vorhanden, deren peritonealer Ueberzug ebenfalls mit kleinen Tuberkeln bedeckt ist.

Aus der Zusammenstellung der aus der hiesigen Klinik stammenden Fälle ergeben sich folgende Resultate:

Es sind vom Jahre 1888 im ganzen 24 Fälle von Peritonitis tuberculosa operiert worden, und zwar bis zum Jahre 1896 incl. 10, und von 1897 bis 1901 14 Fälle. Von den Fällen, die bis zum Jahre 1896, zur Zeit des Herrn Geheimrat Dohrn, operiert wurden, will ich jndoch nur drei veröffentlichen, weil die Nachforschungen über das Schicksal der übrigen resultatlos verlaufen sind, und diese somit zur Lösung der mir gestellten Aufgabe keinen Wert haben. Es bleiben daher 17 Fälle zur Veröffentlichung übrig.

Ein unmittelbarer Misserfolg der Operation, ein Todesfall im Anschluss an dieselbe ist nicht eingetreten. Eine Patientin starb 4 Wochen nach der Laparatomie an Entkräftung. Eine Woche vor dem exitus war bei ihr noch eine Pleuritis tuberculosa dextra aufgetreten. Eine zweite ist fast 4 Monate nach der Operation in der chirurgischen Klinik an Lungengangraen ad exitum gekommen, die nach einem wegen Darmstenose vorgenommenen chirurgischen Eingriff eintrat. Die übrigen wurden alle entlassen, und zwar meist in zufriedenstellendem Zustande.

Die Wunde heilte in 14 Fällen per primum, bei 3 Fällen blieben kleine granulierende Fisteln zurück. Die Wiederkehr des Ascites noch während des Aufenthaltes in der Klinik wurde 4 mal konstatiert. Von den aus der Klinik entlassenen Kranken sind 11 = 68.75 % noch am Leben. 3 Patientinnen sind laut

brieflichem Bericht in ihrer Heimat verstorben. Es sind 3 von 4 Fällen, bei denen sich bei der Entlassung bereits wieder Ascites zeigte. Die eine dieser Patientinnen starb $14^1/_2$ Monate nach der Operation; nach Angabe des sie behandelnden Arztes an Typhus abdominalis. Nebenbei bestand hochgradige Tuberkulose der Lungen. Ascites dagegen und Tumoren im Abdomen waren nicht nachweisbar. Die 2. und 3. der verstorbenen Patientinnen gingen beide cirka $^1/_2$ Jahr nach der Operation unter den Zeichen langsam fortschreitender Peritonitis zu Grunde. Von einem Falle konnte leider nichts erfahren werden. Von den 11 noch lebenden Patientinnen sind 10 = 90.9 % als geheilt zu betrachten. Bei diesen sind nach der Operation keine Beschwerden von Seiten des Abdomens aufgetreten und keine Zeichen von Peritonitis vorhanden. Bei einer Patientin, die vor $^1/_2$ Jahr operiert wurde, ist nur eine ganz vorübergehende Besserung eingetreten. Patientin befindet sich seit dem 29. XI. 01 wieder in hiesiger Frauenklinik in Behandlung. Bei ihr sind die Zeichen der tuberkulösen Peritonitis nicht geschwunden. Daneben besteht noch eine vorgeschrittene Tuberkulose der Lungen.

Der Art der Peritonitis nach war 11 mal freier Ascites vorhanden, 4 mal bestand ein abgekapselter Erguss und 2 Fälle von Peritonitis sicca kamen in Behandlung. Von den Fällen von Peritonitis exsudativa mit freiem Erguss sind 4 Patientinnen = 36.36 % gestorben. Die übrigen 7 = 63.63 % sind geheilt. Von den 4 Patientinnen mit Peritonitis und abgekapseltem Erguss ist eine infolge Lungengangrän nach einer chirurgischen Operation gestorben. Bei einer Patientin ist keine Heilung eingetreten und 2 sind geheilt.

Der Erfolg der Operation bei der einen Kranken mit Peritonitis sicca war leider nicht festzustellen. Die andere ist geheilt.

Neben der Peritonitis tuberculosa bestanden bei 12 = 70.59 % Fällen eine Erkrankung der Adnexe In 4 Fällen ist eine Erkrankung derselben nicht sicher festgestellt und nur in 1 Falle konnten keine krankhaften Veränderungen der Adnexe mit Sicherheit festgestellt werden.

Die Operation beschränkte sich in 8 Fällen auf die blosse Incision, ev. Entleerung des Exsudates, Lösung von Verklebungen, 9 mal wurden bei der Laparatomie auch die Adnexe entfernt. Von den 8 Patientinnen, bei denen nur die einfache Incision gemacht wurde. sind 2, die eine 4 Wochen, dié andere $^1/_2$ Jahr nach der Operation ihrem Leiden erlegen. Eine dritte Patientin starb 4 Monate nach der Operation infolge von Lungengangrän, die nach einer chirurgischen Operation auftrat. Eine Kranke ist noch in klinischer Behandlung, bei ihr ist die Peritonitis nicht zur Ausheilung gekommen. 4 Patientinnen sind als geheilt zu betrachten.

Die 9 Patientinnen, deren Adnexe ganz oder zum Teil exstirpiert wurden, sind alle aus der Klinik entlassen worden. 2 = 22.22 % sind inzwischen in ihrer Heimat gestorben, eine dieser beiden $^1/_2$ Jahr nach der Operation unter langsam fortschreitenden peritonitischen Erscheinungen. Die andere laut Bericht des sie behandelnden Arztes an Typhus abdominalis. Ascites war bei dieser Kranken nicht nachweisbar, ebensowenig andere Zeichen einer noch bestehenden Peritonitis tuberculosa. 6 Patientinnen sind geheilt, von einer ist das weitere Schicksal leider unbekannt. Neben der Erkrankung des Abdomens bestanden bei 4 Frauen noch ausgesprochene Tuberkulose der Lungen.

Diesen Resultaten der in der Klinik behandelten Fälle sollen sich die aus der Litteratur entnommenen anschliessen. Bei der Auswahl dieser sind nur alle diejenigen Fälle von Heilung berücksichtigt worden, bei denen eine spätere Kontrolle des Erfolges der Operation stattgefunden hat. Eine Heilung wird dann angenommen, wenn bei der vorgenommenen Untersuchung klinisch keine Zeichen der Peritonitis und vor allem kein Ascites gefunden wurde.

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
1. Alterthum	31 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	Wegen allzugrosser Adhaesioneu nicht feststellbar
2. Theilhaber	Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
3. Voigt	31 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Tuberkulose der Adnexe und des Darms Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Adnexe. Darmtuberkulose Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen, des Uterus und der Vagina
4. Picqué	30 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa tub. Mesenterialdrüsen Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Mesenterialdrüsen
5. Hegar	33 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
6. Roosenburg	14 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
7. Roosenburg	15 jähr, Knabe	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Ungestörter fieberloser Heilungsverlauf. 11 Monate p. op. Befinden der Patientin ausgezeichnet. Gewichtszunahme		
Phthisis Pulm. progressa			Von Seiten des Bauches keine Reaktion. † nach einigen Wochen an Lungenphthise.
Tuberkulose der pulmonum		† 3 Monate p. op. Sect.: Tuberkulose des Peritoneums. Kotfistel. Tuberkulose des Darms, der Lungen-Pleuritis. Tuberkulose der Nieren, Leber, Vagina, beider Tuben, der Ovarien, des uterus.	
	Die Schmerzen verschwanden u. d. Kranke verliess bedeutend gebessert das Spital		Einen Monat später bekam sie eine Halsphlegmone, der sie am 8. Tage erlag. Sect.: Die tuberkulosen Granulationen waren fast verschwunden.
Tuberkulose pulmonum	Glatter Heilungsverlauf. 1 Jahr p. op. hat sich das Exsudat nicht wieder angesammelt. Gutes Aussehen. Gewichtzunahme. Zeichen d. Lungenleidens		
Infiltrat d. rechten Lunge	Verlauf afibril. Nach 3 Wochen entlassen. Keine Ascites. 2 Jahre p. op. Pat. blühdnd. Keine Ascites. Perioden regelmässig		
	Glatter Wundverlauf. Nach 3 Wochen entlassen. 1 Jahr p. op. Patient noch gesund		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
8. Meinard Schmidt	14jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
9. Schmidt	16jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Tuberkulose des Darms. Ascites	Laparatomie	Tuberkulose des Darms und der Mesenterialdrüsen
10. Engström	Frau	Peritonitis tuberculosa mit Erkrankung der Tuben. Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Tuben
11. Sick	Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
12. Sick	Frau	Tuberkulose Peritonitis Ascites	Laparatomie	
13. Cathcart	25jähr. Patientin	Peritonitis tuberculosa Ascites	2 Laparatomieen die 2. 6 Wochen nach der ersten	
14. Schramm	Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Glatter Wundverlauf. 3 Monate p. op. ordentlich Gewichts- und Kräftezunahme. Normales Abdomen. Seitdem Patient stets gesund.		
			Heilungsverlauf normal. Ascites nicht nachweisbar. Diarrhoeen fortdauered. 4 Wochen p. op. eine leichte vorübergehende Besserung. 8 Wochen p. op. status idem. quo ante op., und Ascites fehlen. 3 Monate p. op. † an Darmtuberkulose
		Heilung von d. op. Wiederkehr der Ascites 4 Monate später †.	
			† 6 Monate p. op. an allgemeiner Tuberkulose
	Heilung nach mehreren Jahren konstatiert		
	Gute Rekonvalescenz. Nach 6 Wochen scheinbar recidiv. Abdomen wieder geöffnet. Viel Fluidum entleert. 3—4 käsige Abscesse öffnen sich in die Wunde. Dann langsame aber dauernde Heilung. Operation vor 2 Jahren		
	5 Jahre p. op. gesund		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
15. Thomson	12jähr. Knabe	trockene tubercul. Perit. Kothbrechen.	Laparatomie mit Lösung der Obstruktionsstellen.	
16. Thomson	16jähr. Junge	Perit. tub. adhaesiva Kothbrechen.	Laparatomie mit Anlegung eines anus praeter naturalis	
17. Thomson	15jähr. Knabe	Peritonitis tub. sicca.	Laparatomie	
18. Thomson	37jähr. Mann	Peritonitis tub. adhaesiva	Laparatomie	
19. Brohl	4jähr. Knabe	Peritonitis tub. wenig Ascites.	Laparatomie	
20. Broh'	15jähr. Mädchen	Peritonitis tub. wenig Ascitis.	Laparatomie	
21. Condamin	Frau	Peritonites tub Starke Verwachsungen, die einen Tumor vortäuschen. Ascites.	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Tuberculöse Ulierationsstellen an der Wunde. Später Heilung. 4 Monate p. op. günstiger Zustand, der anhält.		
	Nach 6 Wochen wird der anus praeternaturalis geschlossen. Heilung seit 2 Jahren.		
Tuberc. pulm.			5 Wochen p. op. Kothfistel. † einige Monate p. op. an Lungentuberculose. Emphyema pulm.
Tuberc. pulm.			Kothfistelbildung. † wahrscheinlich an Lungentuberc.
	Heilung. Seit d. op. stets gutes Allgemeinbefinden. Keine Temperatursteigerung.		
	Glatter Heilungsverlauf. Dauernder Abfall der vor der op. erhöhten Temperatur.		
	Glatte Heilung. 1/4 Jahr p. op. ist der Tumor vollständig verschwunden. Guter Appetit. Gewichtszunahme.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
22. Westphal	14jähr. Mädchen	Peritonitis tub. Genitalien normal. Ascites.	Laparatomie	
23. Westphal	19jähr. Virgo	Peritonitis tub. An den Adnexen nichts. Positives Ascites	Laparatomie	
24. Westphal	62jähr. Frau	Perit. tub. Starke Verwachsungen, die einen Tumor vortäuschen. Kein Ascitis.		
25. Schramm	37jähr. Frau	Perit. tub. Abgekapselte Ascites. Adnexe normal.	Laparatomie	
26. Löhlein	12jähr. Mädchen	Peritonitis tub. Ascitis.	Laparatomie	
27. Löhlein	20jähr. Mädchen	Peritonitis tub. Ascites.	Laparatomie	
28. Merkel	36jähr. Frau	Abgekapselter tuberkulöser, teilweise auch freier Ascites. Tub. Peritonitis. Infiltration der rechten Lunge.	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Wunde primär geheilt. Appetit und Gewichtszunahme. $^1/_2$ Jahr p. op. Pat. völlig gesund, ohne Beschwerden. Kein Exsudat.		
	Glatte Heilung. $^3/_4$ Jahr p. op. gutes Befinden. 30 Pfd. Gewichtszunahme.		
	Verlauf normal. $^1/_2$ Jahr p. op. Part. völlig wohl. 12 Pfd. Gewichtszunahme. Der Tumor ist geschwunden. Schmerzen nichts vorhanden.		
	Heilung 8 Jahre hindurch beobachtet.		
	Wundheilung gestört durch eine Groschen grosse Granulationsstelle. 8 Monate p. op. blühendes Aussehen, keine Beschwerden.		
	Glatter Heilungsverlauf. 5 Monate p. op. gutes Befinden.		
Tuberc. Infiltration d. rechten Lungenspitze	Glatter Heiluugsverlauf. 2 Jahre p. op. Pat. völlig wohl. Keine Beschwerden. Husten verschwunden. Appetit und Stuhl normal.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums.
29. Merkel	49jähr. Frau	Perit. tub. Tub. Infiltration der rechten Lungenspitze. Ascites	Laparatomie	
30. Vassmer	51jähr. Frau	Perit. tub. sicca mit Erkrankung d. Uterus u. d. Adnexen	Laparatomie	Tnb. des uterus u. d. Adnexe
31. Klein	Frau	Peritonitis tuberculosa sicca.	Laparatomie	
32. Hinterberger	54jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Aseites	Laparatomie	
33. Hinterberger	22jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites, Normaler Genitalbefund	Laparatomie	
34. Hinterberger	37jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
35. Hinterberger	29jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa, Adnexe frei, Tuberculosis pulm. Ascites	Laparatomie	
36. Hinterberger	37jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Pleuritis sinistra Ascites	Laparatomie	
37. Hinterberger	43jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa mit Erkrankung der Andnexe, Ascites. Tnberculosis pulm.	Laparatomie	Tuberculose der Adnexe

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Tuberc. Infiltration d. rechten Lungenspitze.	Guter Heilungsverlauf. 2 Jahre p. op. ist Patientin gesund. Aussehen sehr gut. Abdominal- u. Lungenbefund normal. Keine Beschwerden.		
Tuberc. d. rechten Lungen		8 Wochen p. op. unter d. Zeichen der fortschreitenden tuberc. Prozesse †.	† $1^1/_2$ Jahre p. op. an basilarer Meningitis
		16 Tage p. op. Wiederzunehmen des Ascites konstatiert. † 2 Monate p. op. unter Zunahme des Ascites.	
Tuberc. pulm.		14 Tage p. op. Ascites nachweisbar. Husten, fortschreitende Kachexie. 3 Wochen p. exitus letalis unter Symptomen der Peritonitis.	
Tuberc. pulm.		Wunde glatt geheilt. 4 Wochen p. op. gebessert entlassen. $4^1/_2$ Monate p. op. exites.	
Tuberc. pulm.	Heilung glatt. Ohne Ascites entlassen. 3 Monate p. op. vollkommen wohl bei steigendem Ernährungs- u. Kräftezustand		Später an Auszehrung gestorben.
Pleuritis sinistra		Mit mässigem Ascites entlassen. In der Heimat †.	
Tub. Infiltrat. beider Lungenspitzen		† 3 Monate p. op, unter den Symptomen einer Peritonitis	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
38. Hinterberger	21jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa sicca. Erkrankung der Adnexe	Laparatomie	Tuberculose der Adnexe
39. Hinterberger	44jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa mit Erkrankung der rechten Adnexe Ascites	Laparatomie	Tuberculose der rechten Adnexe
40. Hinterberger	46jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa durch d. vordere Scheidengewölbe die untere Kuppe des fluctuierenden Tumors fühlbar, Ascites	Laparatomie	
41. Hinterberger	33jähr. Frau	Peritonitis tuberkulosa, linke Adnexe vergrössert. Ascites	Laparatomie	Linke Adnexe vergrössert.
42. Hinterberger	22jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa. Adnexe nicht getastet. Rechtsseitig. Spitzenkatarrh, Ascites	Laparatomie	
43. Hinterberger	30jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa. Abdomen durch einen links gelagerten cystischen Tumor vorgewölbt. Ascites	Laparatomie	
44. Frees	43jähr. Frau	Peritonitis tubercul. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
		Entlassen in demselben Zustande quoante op.	
Ueber den Lungenspitzen bronchiales Atmen	5 Jahre p. op. guter Ernährungszustand. Abdomen weich, kein Ascites. Seit d. op. zeitweise Schmerzen an der linken Bauchseite. Kann leichte Arbeiten verrichten.		
	Reaktionslose Heilung. Bei der Entlassung hat Patientin sich erholt, kein Ascites. Seitdem zur leichten Arbeit fähig, und dauerndes Wohlbefinden.		
	Patientin wird geheilt ohne Ascites entlassen. Seitdem so kräftig wie vor der Erkrankung.		
Rechtsseitiger Spitzenkatarrh	Heilung per primam ohne Ascites entlassen. 9 Wochen p. op. Wiederkehr der Ascites, der nach mehrmonatlichem Bestehen spontan verschwindet. Seitdem Wohlbefinden. Arbeitsfähig.		
	Glatte Heilung. Seitdem wohl und arbeitsfähig. Gewichtszunahme.		
		Nach 2 Monaten Wiederansammlung der Ascites. Bald darauf Exitus.	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
45. Frees	24 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa exsudativa	2 Laparatomien, die 2. 10 Monate nach der 1.	
46. Frees	15 jähr. Mädchen	Ascites saccatus tuberculosis	Laparatomie	
47. Frees	17 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	tuberkulose mesenteriale Drüsen
48. Frees	60 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Mesenteriale tuberculosa Lymphdrüsen. Ascites	Laparatomie	tuberkulöse Lymph-Drüsen
49. Frees	15 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	Darmtuberculose
50. Frees	42 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	2 Laparatomien, die 2. 10 Monate nach der 1.	
51. Frees	25 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	6 Monate nach der 1. Lap. Wiederkehr der Ascites. 3 Monate päter 2. Lap. Seitdem Schwinden der Beschwerden. 4 Jahre p. op. gesund.		
Tuberculosis pulm.		Im Verlauf d. nächsten Monate entwickelt sich eine abgesackte eitrige Perit. Lungenerscheinungen. 6 Monat p. op. †	
		Bei der Entlassung Wiederkehr der Ascites konstatiert	
	Reaktionslose Heilung. 4 Jahre p. op. sind alle Beschwerden gewichen und Patientin ist vollkommen arbeitsfähig		
			1 Jahr völlig gesund. 17 Monate p. op. † an Darmtuberkulose
		Nach der 1. Incision schnelle Wiederkehr d. Ascites. Nach der 2. bei der Entlassung 4 Wochen p. op. auch bereits Ascites nachweisbar. Bald darauf †	
		5 Monate p. op. †	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
52. Frees	33 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa mit Erkrankung beider Tuben. Knoten in Douglas. Ascites. Tuberkulose pulm.	Laparatomie	Tbrc. der Tuben. Knoten in Douglas
53. Frees	44 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Diarrhoeen. Vorfallbeschwerden. Linke Lungenspitze suspekt. Ascites	Incision	Diarrhoeen
54. Frees	56 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Diarrhoeen. Carcinoma incipiens d. portio. Ascites	Laparatomie	Diarrhoeen
55. Frees	24 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
56. Frees	48 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Durchfälle. Lupus der linken Wange. Ascites	Laparatomie	
57. Frees	10 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
58. Frees	28 jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa im Douglas bis bohnengrosse Excrescenzen. Ascites	Laparatomie	Tuberculose der Drüsen

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Tuberculosis pulm.		4 Wochen p. op. Ascites wieder nachweisbar. 7 Monate p. op. † an Peritonitis	
linke Lungenspitze suspect	Vollkommenes Wohlbefinden 3 Jahre p. op.		
Portiocarcinom		4 Wochen p. op. entlassen. Ascites wieder angesammelt. Zur Totalexstirpation wiederbestellt, 1 Jahr p. op. Wiederaufnahme. Ascites mässig. cancroide Papillengeschwulst. Op. verweigert. † ein Jahr p. op. in der Heimat.	
	Glatte Heilung. 2 Jahre p. op. blühende Gesundheit. Keine Ascites. Völliges Wohlbefinden p. op.		
Linke Lunge suspect. Lupus der Wange	Bei der Entlassung Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens. 1 Jahr p. op. ist Pat. noch am Leben		
		Bei der Entlassung schon wieder Ascites	
Infiltration der rechten Lunge		† nach 7 monatlichem Siechtum	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
59. v. Marchthurn	59 jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa normales genitale Ascites	Laparatomie	
60. v. Marchthurn	39 jähr. Frau	Perit. tub. Im hinteren Scheidegewölbe ein nussgrosser Tumor. Ascites	Laparatomie	Ein nussgrosser Tumor im hinteren Scheidegewölbe
61. v. Marchthurn	36 jähr. Frau	Perit. tub. Das linke Scheidegewölbe stark herabgedrückt. Durch einen cystischen Tumor von leicht unebener Oberfläche, nach oben nicht abgrenzbar. Keine freie Flüssigkeit	Laparatomie	Cystischer Tumor vom linken Scheidegewölbe fühlbar
62. v. Marchthurn	24 jähr. Mädchen	Perit. tub. Adnexe nicht zu tasten. Heftige Diarrhoeen. Ascites	2 Lap. Die 2. 2 Monate nach der 1.	Diarrhoeen
63. v. Marchthurn	53 jähr. Frau	Perit. tub. Adnexe nicht tastbar. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Glatter Wundverlauf. Kein Ascites. 3 Jahre p. op. Pat. gesund u. arbeitsfähig		
	Wundverlauf afebril. 2½ J. p. op. Wohlbefinden, arbeitsfähig		
	Wundverlauf afebril. Nach 2 J. p. op. befindet sich Pat. wohl und arbeitsfähig. An Stelle des nicht abgrenzbaren Tumors ein solcher von Nussgrösse		
Tuberculose der linken Lungenspitze	4 Wochen p. 1. op. Wohlbefinden. Dann Wiederkehr d. Ascites u. der Beschwerden. 3 Monate p. 1. Incision eine 2. Heilung gut. Bei der Entlassung Abdomen nicht vergrössert. Keine Schmerzen, keine Ascites		
Dämpfung u. abgeschwächtes Atmen über der ganzen rechten Lunge	Heilung p. pr. kein Ascites. 1½ J. p. op. fühlt sich Pat. wohl. Keine Ascites. Lungenleidend.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
64. v. Marchthurn	34jähr. Frau	Perit. tub. beiderseitige geringe Adnexanschwellung Ascites	2 Lap. Die 2. 7 Monate nach der 1.	beiderseitige geringe Adnexeanschwellungen
65. v. Marchthurn	24jähr. Mädchen	Perit. tub. Adnexe nicht getastet. Parametrien frei. Ascites	Laparatomie	
66. v. Marchthurn	33jähr. Frau	Perit. tub. tuberc. der Tuben u. des linken Eierstockes. Kein Ascites	Laparatomie	Tub. d. linken Adnexe u. d. rechten Tube
67. v. Marchthurn	29jähr. Frau	Perit. tub. Adnexe nicht wesentlich verändert. Tuberculos pulm. Ascites	Laparatomie	
68. v. Marchthurn	35jähr. Madchen	Perit. tub. Normales genitale Ascites	Laparatomie	
69. v. Marchthurn	15jähr. Mädchen	Perit. tub. Adnexe nicht tastbar. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Infiltration beider Lungenspitzen	Bei der Entlassung nach der 1. Lap. kein Ascites nachgewiesen. 7 Monate nach der 1. Op. dicker werden des Leibes. Lab. glatt. Heilung. 4 Monate p. II. op. gesund und arbeitsfähig		
	Reaktionslose Heilung. 1 Jahr p. op. gesund und arbeitsfähig		
linke Lungenspitze gedämpft		Unter fortschreitender Schwäche exitus	
Tuberculosis pulm.		Wunde glatt geheilt. Bei d. Entlassung kein Ascites. 3 Monate p. op. starker Ascites. Atemnot. Ohnmachtsanfälle	
Systolisches Geräusch an der Herzspitze		9 Monate p. op. Ansammlung von Ascites	
	Wundverlauf reaktionslos. Nach 5 Monaten das Aussehen gut. Kein Ascites. Wohlbefinden		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
70. v. Marchthurn	24jähr. Pat.	Perit. tub. Adnexe nicht tastbar. Infiltration beider Lungenspitzen. Ascites	Laparatomie	
71. v. Marchthurn	47jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
72. v. Marchthurn	31jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrank. d. Tuben. Ascites	Laparatomie	
73. Ferri	22jähr. Frau	Abgesacktes, peritonitisches tuberculöses Exsudat. In dem rechten u. hinteren Scheidegewölbe, derbe, knollige Resistenzen	Lap. mit partieller Resection d. Sackwandung u. Einnähung des Restes in die Bauchwunde. Tamponade	Im rechten hinteren Scheidegewölbe knollige Resistenzen

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Inf. beider Lungenspitzen	Wundverlauf glatt. 9 Monate p. op. vollkommeu gesund		
	Glatter Heilungsverlauf. 5 Monate p. op. Wohlbefinden, arbeitsfähig, kein Ascites		
	Glatter Heilungsverlauf. 3 Monate p. op. keine Beschwerden, gutes Befinden, kein Ascites		
	Heilung verzögert. Durch eine Darmfistel, die sich auf Behandlung nach Monaten spontan schloss. 3 J. p. op. entwickelte sich Bauchbruch; deswegen 2 Lap. Perit. völlig intakt dabei gefunden. 10 J. p. op. Pat. blühend u. kräftig, gute Vernarbung der Wunde		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
74. Ferri	36 jähr. Frau	Perit. tub. sicca Pyosalpinx dexter. Parametritis sinistra.	Laparatomie	Pyosalpinx dexter. Parametitis sinistra.
75. Ferri	46 jähr. Frau	Tub. perit. sicca. Keine bestimmte Resistenz nachzuweiseu.	Laparatomie, dabei Darmverletzung. Darmnaht.	
76. Ferri	27 jähr. Frau	Perit. tub. sicca. Tuberc. d. Adnexe, d. Blase, d. Darms, Tuberc. d. pulm.	Laparatomie	Tuberc. d. Adnexe, d. Blase, d. Darm.
77. Ferri	35 jähr. Frau	Perit. tub. sicca. Tub. der Adnexe.	Laparatomie	Tuberc. der Adnexe.
78. Ferri	43 jähr. Frau	Perit. tub. Tub. d. Adnexe u. Drüsen im Douglas. Ascites.	Laparatomie	Tuberc. der Adnexe u. mesenterialen Drüsen.
79. Ferri	38 jähr. Frau	Perit. tub. Salpingo-oophoritis duplex. Brustorgane normal. Ascites.	Laparatomie	Tuberc. der Adnexe.

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
			6 Monate p. op. ist Pat. hochgradig abgemagert. Schmerzen im Unterleib. † an Marasmus, welcher zusammenhing mit einer gonorohoisch. Unterleibsaffection.
		8 Tage unter der Wunde eine Kothöhle. Die Umgebung der Wunde emphysematös. Darmwunde klaffend, zeigt keine Neigung sich zu schliessen 4 Wochen p. op. †.	
Tuberc. pulm. progressa.		Nach der op. erholt sich Pat. nicht mehr. Am 6 Tage †.	
	Normale Reconvalescenz. 6 Jahre p. op. Pat. blühend Abdomen flach. Kein Tumor nachweisbar.		
		Heilung p. pr. 14 Tage p. op. Ascites nachweisbar. Nach kurzer Zeit der Besserung Auftreten von Fieber, Unterleibschmerzen, Zunehmen d. Ascites. 7 Monate p. op. †.	
	Ungestörte Reconvalescenz. 3 Monate lang gesund. $2^1/_2$ Jahre keine Nachricht.		$2^3/_4$ J. p. op. † an Lungenphthyse.

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
80. Ferri	17 jähr. Mädchen	Perit. tub. Adnexe nicht verändert. Beiderseits Spitzenkatarrh d. Lungen. Ascites.	Laparatomio	
81. Ferri	26 jähr. Frau	Perit. tub. Adnexe nicht tastbar wegen d. Adhäsionen. Tuberc. pulm. Ascites.	Laparatomie	
82. Ferri	35 jähr. Frau	Rechtsseitiger tub. Pyosalpinx, linksseitige tub. Salpingitis nebst schwartigen alten Exudaten. Perit. tub sicca.	Laparatomie	Rechtsseitiger tub. Pyosalpinx, linksseitige tub. Salpingitis.
83. Ferri	22 jähr. Mädchen	Perit. tub. mit Erkrankung beider Adnexe. Ascites.	Laparatomie	Tuberc. der Adnexe.
84. Ferri	26 jähr. Mädchen	Perit. tub. linksseitige tub. Adnexeerkrankungen. Rechts die Adnexe nicht fühlbar. Ascites.	Laparatomie	Tuberc. der linksseitigen Adnexe.

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Beiderseits Spitzenkatarrh d. Lungen.			Glatter Wundverlauf. 14 Tage p. op. Fieber, zeitweise Schmerzen d. Abdomen. 5 Wochen p. op. Fistel in der Narbe. Kein Ascites. Entlassen. 3 Monate p. op. † an Miliartuberculose.
Tuberc. pulm.		glatter Wundverlauf. Später in der Narbe Fistelbildung, die in einen Kotraum führen. Entlassung. Vorübergehend Besserung. 5 Monate p. op. Verschlimmerung. Ascites. Starke Schmerzen, Fieber, neue Fistelbildung. † 6 Monate p op.	
	Heilungsverlauf glatt. 3 J. p. op. Allgemeinbefinden gut. Arbeitsfähig, nur zeitweise Schmerzen an verschiedenen Stellen des Abdomens.		
	Glatter Heilungsverlauf. 2 J. p. op. Pat. gesund und arbeitsfähig.		
linksseitige Pleuritis exsudativa	Glatte Reconvalescenz. Nach einigen Monaten vollkommen arbeitsfähig. 3 J. p. op. noch am Leben. Gesundheitszustand nicht bekannt.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
85. Ferri	28 jähr. Frau	Perit. tub. doppelseitiger tub. Adnextumor. Ascites.	Laparatomie	Tuberc. Tumor beider Adnexe.
86. Ferri	16 jähr. Mädchen	Salpingitis tub. duplex. Perit. tub. Ascites.	Laparatomie	Tub. Salpingitis duplex.
87. Ferri	36jähr. Frau	Peritonitis tub. sicca mit Adnexaffektion	Probelaparatomie	Tuberkulose Adnexe
88. Ferri	35jähr. Frau	Peritonitis tub. Grössere Adnextumoren fehlen. Tuberkulose pulm. Ascites	Probelaparatomie	
89. Nüsslein	29jähr. Arbeiter-	Peritonitis tub. Infiltration der rechten Lungenspitze. Tuberkulose Adnexe. Ascites eitrig	Laparatomie	Tuberkulose der Adnexe. Retroperitoneale Lymphdrüsen.

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Am Halse eine erbsengrosse Lymphdrüse. Catarrh. der rechten Lungenspitze.	Glatter Wundverlauf. 2 J. p. op. bestes Wohlbefinden.		
		Die Heilung gestört durch Fistelbildung, die sich schlossen. Fast 13 Monate p. op. exitis an Meningitistuberc Sect.: Mening tub. Infiltration der rechten Lungenspitze Die Peritonial tuberc. war vollkommen geheilt.	
	Glatter Heilungsverlauf. 2 Jahre p. op. ist die Frau in gutem Gesundheitszustand		
Tuberkulose pulm.	Glatter Wundverlauf. 1 Jahr p. op. gute Gesundheit. Abdomen weich, nicht druckempfindlich, kein Ascites		
Infiltration der rechten Lungenspitze		Tod innerhalb 24 Stdn. p. op. Leichendiagnose: Peritonitis tub. Tuberkulose der Leber, Milz, Nieren, Nierenbecken, Lig. late, Tuben, Blase, chronische Pleuritis sin. et dextra. tub. Pericarditis	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
90. Nüsslein	29jähr. Mann	Peritonitis tub. Mesenteriale Drüsen. Tuberkulose der Lungen. Ascites	Laparatomie	Mesenteriale Drüsen
91. Nüsslein	60jähr. Mann	Peritonitis tub. wenig Ascites	Laparatomie mit Einlegung eines Jodoformgazetampon	
92. Mansbach	Frau	Peritonitis tub. Ascites	Probelaparatomie	
93. Mansbach	41jähr. Frau	Peritonitis tub. rechte Tube etwas verdickt. Ascites	Laparatomie	rechte Tube etwa verdickt
94. König	30jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascitis	Laparatomie	
95. König	26jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa. Tubercul. des Dickdarms. Ascites	Laparatomie	Tuberculose des Darms

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Tuberkulose der Lungen		2 Tage p. op. Darmperforation der in der Laparatomiewunde vorliegenden Darmschlinge. Allgemeinzustand schlecht. Frische peritonitische Erscheinungen fehlen. Darmblutungen. † 3 Wochen p. op.	
Infiltration beider Lungenspitzen		† am Tage nach d. op. unter zunehmendem Collaps	
	Geheilt entlassen. 1. J. p. op. hat Patientin keine Schmerzen, Appetit gut, völlig gesund.		
	Glatter Wundverlauf. 1/4 J. p. op. kein Ascites. Appetit leidlich. Keine Schmerzen. Patientin ist mager geworden.		
	Heilung reaktionslos. 2 J. p. op. wohl u. vollkommen arbeitsfähig.		
Tubercul. der Halsdrüsen. Lupus der Bauchdecken.			† 2 Jahre p. op. allgemeiner Tuberc.

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
96. König	23jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa. Ascites	Laparatomie	
97. Le Dentu	24jähr. Patientin	Peritonitis tuberculosa. Ascites.	Laparatomie	
98. Winter	Patientin	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
99. Trzebicky	18jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa abgekapselt Ascites	Laparatomie	
100. Trzebicky	43jähr. Frau	Peritonitis tuberculosa Ascites	Laparatomie	
101. v. Reuss	36jähr. Frau	Abgesackte Peritonealtuberc.	Laparatomie	
102. Hofmokel	17jähr. Mädchen	Peritonitis tuberculosa. In der Mitte des Bauches eine kindsfaustgrosse höckerige nicht schmerzhafte Geschwulst. Ascites	Laparatomie	Der Tumor eine tuberculöse mit dem Darm verwachsene Netzpartie
103. Späth	32jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Heilung glatt. 1/4 Jahr p. op. Wohlbefinden. Gewichtszunahme.		
	3 Wochen p. op. Aufbruch einer Kothfistel. 5 Monate p. op. Fistel fast geschlossen.		
	1 J. p. op. gesund, guter Appetit. Gewichtszunahme. Seit der op. vor 5 1/2 J. kein Ascites. Pat. hat sich gut erholt.		
	Glatte Heilung. 2 Jahre p. op. Pat. gesund.		
		3 Wochen lang guter Verlauf. Dann heftiges Fieber u. stärkere Secretion. 4 Monate p. op. †.	
	Verlauf glatt. Gewichtszunahme. Wohlbefinden 1/2 Jahr lang.		† 1 Jahr p. op. an subcuter Darmtuberculose.
		Wiederansammlung des Ascites. 6 Wochen p. op. †. Sect: Tub. des Peritoneums Tuberc. der Lungenspitzen, tub. Geschwüre des Darms.	
		5 Tage p. op. †.	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
104. Späth	35jähr. Frau	Perit. tub. abgekapselter Erguss	Laparatomie	
105. Späth	45jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
106. Czerny	48jähr. Frau	Abgesacktes tuberc. Exsudat. Tub. der rechten Tube	Laparatomie	
107. Conitzer	2jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
108. Conitzer	2½jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
109. Conitzer	9jähr. Junge	Perit. exsudativa tub. linkseitige pleuritisches Exsudat. Leber etwas vergrössert	Laparatomie	
110. Conitzer	2½jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
111. Conitzer	4jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca. Unvollständige Darmstenose	Lap. mit Lösung einiger Adhaesionen, die Ursache der Stenose waren	Unvollständige Darmstenose

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
			† 3 Monate p. op. an Phthysis
			Glatter Wundverlauf. Pat. erholt sich rasch. 4 Monate p. op. † an Darmtuberculose
			† 5 Wochen p. op. an Miliartuberculose
	Ungestörte Heilung. Kein weiterer Ascites. 1/2 J. später Tuberculose d. Hand. 2 J. p. op. gesund		
Knochentuberculose der einen Hand	Guter Heilungsverlauf. 1 J. p. op. kein Ascites. Bald p. op. Fungus der Bauchnarbe, der jetzt noch besteht		
linksseitiges pleuritisches Exsudat	Ungestörte Heilung. Das pleuritische Exsudat war spontan zurückgegangen. 1 J. p. op. kein Ascites. Gewichtszunahme, Wohlbefinden.		
	Glatter Wundverlauf. 3/4 J. p. op. blühendes Aussehen		
		Wundverlauf ungestört, die Stenose-Erscheinungen hörten auf. † Nach mehreren Wochen unter den Zeichen der Darmstenose	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
112. Conitzer	$2^1/_2$ jähr. Knabe	Perit. tub. sicca querverlaufender, verdickter Netzstrang	Laparatomie	Tuberkulose und Verkäsung der mesenterialen u. retroperitonealen Lymphdrüsen
113. Conitzer	$4^1/_2$ jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca aus einer primaeren Mesenterialdrüsentub. entstanden	Laparatomie	Lymphdrüsen tub. d. mesenterialen Drüsen
114. Israël	4 jähr. Knabe	Perit. tub. sicca	Laparatomie	
115. Israël	6 jähr. Junge	Perit. tub. sicca	2 Laparatomieen die 2. 36 Tage nach der 1.	
116. Israël	7 jähr. Knabe	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
		† 1 Tag p. op. Sect: Perit. tub. sicca, miliare Tuberkulose der linken Pleura, starke Vergrösserung und Verkäsung d. mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen	
	Wundverlauf reaktionslos. 4½ Monate p. op. nur selten Schmerzen im Leibe, viel munterer wie vorher. Gewichtszunahme		
Ueber der rechten Lunge von der IV. Rippe abwärts kleinblasiges Rasseln	14 Tage p. op. Darmfistel am unteren Wundwinkel. Sie schliesst sich nach einigen Monaten. 16½ Monate p. op. gesund		
	Nach der 1. Laparatomie nicht befriedigende Erholung. 1 Monat p. op Leib aufgetrieben, Appetit mangelhaft, zugleich Durchfälle. (Scheinbar recidiv.) 36 Tage p. 1. op. II. Lap. Tubercel vollständig verschwund. Seit dieser op. war Pat. 17 Monate dauernd gesund. 12 Pfd. Gewichtszunahme		
Infiltr. der r. Lungenspitze, r. hint. v. d. VII. Rippe abwärts pleurist. Schwarten	Glatte Heilung. Nach der Entlassung öfter Temperatursteigerung infolge der Lungenaffektion. Nach mehrmonatl. Aufenthalt an der See völlig geheilt		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
117. Israël	20jähr. Mädchen	1. Diag. Maligne Geschwulst des Colon ascendens, Ileus. 2. Geschwulstartige Tuberkulose des Colon ascendens, Ileus Peritonitis tub. Ascites	2 Lap. Die 2. 7 Monate nach der 1. Die 2. mit Anastomose zwischen Ileum und Colon	Tuberkulose der Mesenterialdrüsen
118. Winter	39jähr. Mann	Peritonitis tub. exsudat	Lap. 3 Wochen darauf beide Inguinalhermien radikal operiert	
119. Rotgans	16jähr. Junge	Tub. peritonei von mesenterial Lymphdrüsen ausgehend. Abgekapseltes tub. Exsudat	Laparatomie	Mesenteriale Lymphdrüsen
120. Lauper	23jähr. Mädchen	Peritonitis tub. Tub der Tuben. Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Tuben
121. Lauper	14jähr. Mädchen	Peritonitis tub. von den inneren Genitalien ausgehend. exsud.	Lap. Drainage nach d. Douglas	Tuberkulose der Tuben
122. Lauper	33jähr. Frau	Peritonitis tub. mit Erkrank. der Tuben. Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Tuben
123. Lauper	10jähr. Mädchen	Peritonitis tub. sicca		

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Kurze Zeit p. 1. op. fingen Beschwerden wieder an. 7 Monate postea. 2. op. Seit dieser Zeit 7 Monate befreit von Beschwerden. Gewichtszunahme. Der Tumor verkleinert sich allmählich.		
	Bis zur 2. Operation hatte sich ganz wenig Flüssigkeit angesammelt. Bauchsack mit Tuberkeln besetzt. Seitdem Heilung.		
	Heilung, Nach 9 Monaten op. wegen Bruch der Bauchnarbe, wobei normales Peritoneum konstatiert. Drüsen kleiner.		
	Heilung. 3 Jahre p. op. Befinden sehr gut. Appetit gut. Gewichtszunahme. Periode regelmässig, stark		
	Guter Wundverlauf. 8 Jahre p. op. an Bauchhermie operiert, wobei beim Peritoneum nichts krankhaftes konstatiert wurde		
	9 Monate p. op. keine Beschwerden, Gewichtszunahme		
		Guter Wundverlauf. Im Zustand wenig Aenderung. 4 Wochen p. op. †.	

Autor	Alter. Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums.
124. Lauper	44jähr. Mann.	Peritonitis tub. diffuse trockene Bronchitis. Unterschenkelödem. Im Urin Tuberkelbacillen. Rechte Hode u. d. Vas def. fehlt. Linke Hode Geschwulst. Ascites	Laparatomie	Tuberkulose der Blase
125. Löhlein	24jähr. Frau	Abgesacktes perit. Exsudat. Tub. Perit.	2 Lap. Die 2. 8 Monate nach der 1.	Tuberculose der Tuben
126. Hartwig	29jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
127. Schwarz	29jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
128. Schmalfuss	Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
129. Grechen	34jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
130. Meinert	4jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
131. Petri	Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Trockene Bronchitis Tumor des linken Hodens		Exitus nach einigen Monaten	
	$^1/_2$ J. nach der op. Ansammlung von Ascites, 8 Mon. p. op. II. Lap. danach Heilung 2 Jahre p. op. konstatiert		
	Normaler Wundverlauf. 1 J. p. op. gesund. Kein Ascites		
	3 J. p. op. gesund		
	Glatte Heilung. Bei späterer Vorstellung gesund und kräftig		
	Heilung p. pr. 2 J. p. op. gesund u. blühend		
			† nach wenigen Monaten an Meningitis
	Glatte Heilung. Wiederansammlung von Ascites. $^1/_2$ J. p. op. punctio abdominis. 9 Jahre p. op. Caries des Olecranon d. resiciert wurde. 1 Jahr später skrophulöse Drüsen entfernt. 12 Jahre p. op. niemals Ascites wiedergekehrt.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
132. Truc	12jähr. Mädchen	Perit. tub. abgekapselter Erguss	Laparatomie	
133. Poncet	9jähr. Junge	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
134. Kümmel	17jähr. Mädchen	abgekapselter Ascites. Perit. tub.	Laparatomie	Mensenteriale Drüsen
135. Kümmel	20jähr. Mann	Perit. tub. sicca. Ileus	Laparatomie	
136. Dohrn	4jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
137. Vierordt	$3^1/_2$ jähr. Mädchen	Perit. tub. exsudativa	Laparatomie	
138. Vierordt	$2^1/_2$ jähr. Knabe	Perit. tub. exsudativa	3Laparatomien. 2. fast 3 Wochen post 1. 3. nach 2 Monaten	
139. Jordan	55jähr. Mann	Perit. tub. adhaesiva. Linksseitige Leistenhernie irreponible.	Herniotomie	Mesenteriale Drüsen

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	2 Jahre p. op. leidliches Befinden.		
	1/2 Jahr p. op. gesund		
	2 Jahre p. op. gesund und blühend		
Tuberc. pulm. Carias verschiedener Knochen			Schnelle Erholung. Gewichtszunahme in wenigen Wochen 14 Pfd. 4 Monate p. op. Tuberkulose beider Lungen. Caries d. linken Fusses. Einige Wochen später † an allgemeiner Tuberculose
	1 J. p. op. allgemeines Befinden gut, kein Ascites.		
	cr. 3 Wochen p. op. wieder Ascites nachweisbar. 1 J. p. op. gesund		
	Nach der 1. Operation schnelles Wiederauftreten von Ascites. Nach der 2. op. ebenfalls Auftreten von Ascites, 2 Monate darauf 3. op., auch nach dieser vorübergehend Ascites. 3 Monate p. op. keine Ascites, Wohlbefinden, keine Schmerzen.		
	1. J. p. op. Pat. völlig Beschwerden frei. Kein Ascites		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
140. Jordan	18jähr. Mädchen	Perit. tub. exsudativa u. Tubenerkrankung	Laparatomie nach 2½ Jahren. Exstirpation der Adnexe	Tuberkulose der Tuben
141. Ziegler	20jähr. Mädchen	Perit. tub. exsudativa	Laparatomie	
142. Sachs	27jähr. Frau	Abgekapselter eitiger tub. Abscess mit Erkrankung d. linken Tube	Laparatomie	Tuberculose d. linken Tube
143. Bumm	40jähr. Frau	Perit. tub. exsud.	Lap. 2mal. Die 2. 2 Monate nach der 1.	
144. Poncet	20jähr. Mädchen	Perit. tub. excudat	Laparatomie	
145. Poncet	Patientin	Perit. tub. sicca	Laparatomie	
146. Poncet	9jähr. Junge	Perit. tub. exsudat	Laparatomie	
147. Lauper	17jähr. Mädchen	Perit. tub. exsudat. Tuberculose der Tuben	Laparatomie	Tuberculose der Tuben
148. Lauper	30jähr. Patientin	Perit. tub. abgesacktes Exsudat	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
		Verlauf fieberfrei 2 Jahre Wohlbefinden. Nach $2^1/_2$ J. 2. op. Diag.: Salpingitis u. Oophoritis tuberculosa. Endometritis. Kein Erguss.	
	2 J. p. op. völlig gesund und blühend		
	$5^1/_2$ Monate p. op. Wohlbefinden, 38 Pfd. Gewichtszunahme		
	8 Wochen p. op. ein Teil der Stichkanäle in tub. Geschwüre umgewandelt, abdominaler Abscess. 2 Lap. Danach Heilung $1^1/_2$ Jahre beobachtet		
	2 Jahre p. op. völlig gesund. Vor 8 Wochen Incision wegen eines Bauchbruches. Peritoneum frei.		
	7 Monate p. op. Wohlbefinden, Gewichtszunahme um 20 Pfd.		
	$^1/_2$ J. p. op. gesund		
	2 J. p. op. Aussehen gut, ohne Beschwerden, Periode gut, Gewichtszunahme 34 Pfd.		
linksseitige Pleuritis		† 7 Wochen p. op.	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
149. Lauper	34jähr. Mann	Perit. tub. Tuberculosis pulm. Peuritis exsudativa	Laparatomie	
150. Lindner	5 jähr. Knabe	Perit. tub. exsudat	Laparatomie	
151. Lindner	51 jähr. Frau	Perit. tub. exsud. Bronchialkatarrh	Laparatomie	Mesenterialdrüsen
152. Lindner	20 jähr. Frau	Perit. tub. abgesackter Ascites	Laparatomie	
153. Kirmisson	3 jähr. Kind	Perit. tub. exsudat	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
zahlreiche Drüsen in der rechten Supraclaviculargrube, Pleuritis exsudat. links, Spizenkatarrh rechts	½ Jahr p. op. gutes Befinden, 6 Pfd. Gewichtszunahme, kein Husten		
rechtsseitige Pleurites exsudat. Inguinaldrüsen	Wunde p. pr. Pleuritis geht rasch rurück, 11 Monate p. op. Wohlbefinden		
Starker Bronchialkatarrh Am recht. Oberschenkel 2 grosse Abscesse, die Eiter enthalten			† 7 Tage p. op. im Collaps. Von Seiten des Leibes keine Erscheinungen, heftige Lungenbeschwerden, Hustenreiz, Luftmangel
Tuberkulose pulm.		† 4 Wochen p. op. an Marasmus	
	Ansammlung von Flüssigkeit, die aber bald zurückgeht. 4 Monate p. op. Heilung konstatiert		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums.
154. Schmitz	5 jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca	Laparatomie	
155. Waitz	5 jähr. Mädchen	Perit tub. exud.	Laparatomie	
156. Mogul und Bradford	6 jähr. Knabe	Perit. tub. exsud. Tumor in der Lebergegend	Laparatomie	
157.	15 jähr. Knabe	Perit. tub. exsudat	Laparatomie	
158. Vinay	15 jähr. Knabe	Abgekapselter eitriger Erguss. Perit. tub.	Laparatomie	
159. Albert	17 jähr. Mann	Perit. tub. exsud. Lungenspitzeninfiltration. Pleurit. dupl.	Laparatomie	
160. Naumann	11 jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	$1^1/_2$ J. p. op. wegen Bauchbruch operiert, dabei Perit. vollständig glatt		
	Heilung 7 Monate p. op. konstatiert		
	7 Monate p. op. Abdomen weich normal, Allgemeinbefinden gut. Tumor noch nachweisbar		
	10 Monate p. op. frei von Beschwerden		
	6 Monate p. op. Heilung. Zustand sehr gut		
Lungenspitzeninfiltration Pleurit. dupl.	$10^1/_2$ Monate p. op. anhaltendes Wohlbefinden, arbeitsfähig		
	Wiederansammlung von Flüssigkeit. 2 Punktionen. Zustand bessert sich. 1. J. p. op. gesund		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
161. Maurange	12jähr. Mädchen	Abgesackter Erguss. Perit. tub.	Laparatomie	
162. Killer Clarke	13jähr. Mädchen	Perit. tub. exsudativa	Laparatomie	
163. Esmarch	14jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca	Laparatomie	
164. Stilling	14jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
165. Lauford-Knaggs	16jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
167. Cabot	16jähr. Mädchen	Abgesacktes Exsudat. Perit. tub.	Laparatomie	
168. Grossich	17jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
169. Homans	17jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
170. Werth	17jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud. Tuben verdickt.	Laparatomie	Tuben verdickt
171. Maurange	18jähr. Frau	Perit. tub. exsudat.	Laparatomie	Tumor in der Ileocoecalgegend
172. Wagner	18jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
173. Werth	18jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	2 J. p. op. Pat. am Leben		
Lungen: links hinten unten Dämpfung	2 Monate p. op. keine Flüssigkeit, vollkommenes Wohlbefinden		
	1 J. p. op. Abdomen weich, Wohlbefinden, guter Ernährungszustand		
	$12^1/_2$ J. p. op. Ascites nicht wieder aufgetreten		
	$1^1/_2$ J. p. op. nichts im Abdom nachweisbar		
	Heilung 7 Monate p. op. gutes Befinden		
Tuberculosis pulm.	8 Monate p. op. gutes Befinden. Lungenerscheinungen		
	8 Mon. p. op. Abdomen normal. Wohlbefinden		
	13 Monate p. op. Wohlbefinden		
	1 J. p. op. Zustand sehr befriedigend		
	$2^1/_2$ J. p. op. völlig gesund		
	$2^1/_4$ J. p. op. gutes Befinden, im Abdomen nichts Anormales		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
174. Gnoddig-Whetstone	20jähr. Mädchen	Perit. tuberc. sicca. Ovarialtumoren	Laparatomie	Mit Eiter gefüllte Ovarialtumoren
175. Grossich	22jähr. Mann	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
176. Albert	26jähr. Mann	Perit. tuberc. sicca. Tuberc. pulm.	Laparatomie	
177. Albert	28jähr. Mann	Perit. tub. exsudat.	Laparatomie	
178. Demostène	Mann	Perit. tub. eiteriger Erguss	Laparatomie	
179. Homans	21jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud. abgesacktes Exsudat	Laparatomie	
180. Chandelux	21jähr. Mädchen	Perit. tuberc. Abgekapseltes Exsudat	Laparatomie	
181. Werth	22jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
182. v. Esmarch	23jähr. Frau	Perit. tub. sicca.	Laparatomie	
183. Schömaker	23jähr. Frau	Perit. tuberc. exsud. Salpingitis	Laparatomie	Salpingitis
184. Bassini	23jähr. Frau	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
185. Maurange	24jähr. Frau	Perit. tuberc. abgesacktes Exsudat, Durchfälle	Laparatomie	Seit 1 Monat Durchfälle
186. Isler	28jähr. Frau	Perit. tub. exsud. Lungenbeschwerden.	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
		† 6 Wochen p. op.	
	13 Monate p. op. gutes Befinden.		
Tub. pulm.		† am 20. Tage p. op.	
Rechte Lunge suspect.		† 8 Monate p. op.	
		† 74 Tage p. op. an Marasmus	
	2½ J. p. op. völlig gesund		
		† 3 Mouate p. op. an allgemeiner Tub. Bauchhöhle krank	
	8 Mon. p. op. gutes Befinden.		
	1 J. p. op. gutes Befinden		
	5 Mon. p. op. gutes Befinden		
Tub. pulm.			† ½ J. p. op. an Lungentuberkulose.
	1 J. p. op. vollkommen gesund.		
Lungenbeschwerden		4 Mon. p. op. Befinden gut. 1 Mon. später † an Pneumonie. Sect: Perit. tuberc. besteht.	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
187. Vaude Warker	28jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
188. Cecchereli	28jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
189. Demosthène	28jähr. Frau	Peritonitis tub. eitriges Exsudat	Laparatomie	
190. Albert	28jähr. Frau	Peritonitis tub. eitriger Erguss	Laparatomie	
191. Rivière	30jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
192. Weinstein	32jähr. Frau	Peritonitis tub. eitriges Exsudat. Lungen normal	Laparatomie	
193. Werth	34jähr. Frau	Peritonitis tub. abgesacktes Exsudat	Laparatomie	
194. Fehling	34jähr. Frau	Peritonitis tub. sicca		
195. Saxinger	40jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
196. Kappeler	44jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
197. Naumann	56jähr. Frau	Peritonitis tub. exsud.	Laparatomie	
198. Chandelux	Frau	Perit. tub. exsud. Pyosalpinx tub.	Laparatomie	Tuberkulose der Tuben
199. Chandelux	Frau	Abgesacktes Exsudat	Laparatomie	Tuberkulose der Adnexe

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	1 J. p. op. gesund und blühend		
	6 Monate p. op. gesund		
		† 3 Monate p. op. an Erschöpfung	
		† am Tage p. op. an Collaps	
	4 Monate p. op. gutes Befinden		
		† 24 Stunden p. op.	
	3½ J. p op. gutes Befinden		
Tub. der Lunge	¾ J. p. op. leidliches Befinden		
Tuberkulose der rechten Lunge	1 J. p. op. Wohlbefinden		
	4 J. p. op. Abdomen vollkommen weich und schmerzlos, Lungen normal		
		† 12 Tage p. op. an eitriger Peritonitis	
			2 Monate p. op. † an allgemeiner Tuberkulose
		3 Monate p. op. schlechtes Befinden. Gewichtsabnahme	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
200. Frank	Frau	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
201. Frommel	Frau	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
202. Hirschberg	Frau	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
203. Letiérant	Frau	Perit tub. abgekapselter Erguss	Laparatomie	
204. Spencer Wells	Frau	Perit. tub. exsud.	Laparatomie	
205. Naumann	11 jähr. Mädchen	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	
206. Gusserow	53 jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Laparatomie	

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
			† bald nach der Entlassung an allgemeiner Tub.
	2 J. p. op. gesund. kein Ascites		
Tuberkulosis pulm.			8 Monate p. op. † an Phthyse. Sekt: Perit glatt. keine Spur von Knötchen
	Mehrere Jahre p. op. völlig gesund		
	20 Jahre p. op. gesund		
	Wiederkehr d. Ascites. 2mal Punktion. Wiederansammlung von Flüssigkeit im Abdomen Allmähliges Schwinden d. Ascites. 14 Monate p. op. ist Pat. vollig gesund.		
	Nach langsamer Rekonvalescenz seit Monaten vollständig gesund		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
1. Elliot	25jähr. Patientin	Perit. tub. u. tub. Erkrank. einer Tube. Ascites	Lap. mit Exstirpation d. Tube	Tuberculose einer Tube
2. Elliot	Frau	Perit. tub. mit Erkrankung einer Tube. Ascites	Lap. mit Exstirpation d. Tube	Tuberculoae einer Tube
3. Sänger	Frau	Tuben u. Bauchfelltuberculose abgekapselter Ascites	Lap. mit Exstirpation d. Tuben	Tuberculose der Tuben
4. Peterson	Frau	Miliartuberc. d. Perit. tub. Pyosalpinx. Ascites	Lap. mit Entfernung der Adnexe	Tuberculose der Adnexe
5. Peterson	Frau	Tuberc. d. rechten Adnexe. Käsige Deg. d. Ovariums, Rectumfistel. Ascites	Lap. mit Entfernung der Adnexe	Tuberculose der Adnexe
6. Peterson	Frau	Tubercul. d. Perit. d. Tuben u. Ovarien Ascites	Lap. mit Exstirpation d. Tuben	Tuberculose der Tuben
7. Menge	20jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca, tub. d. Adnexe	Lap. mit Entfernung der Adnexe	Tuberculose der Adnexe
8. Alterthum	19jähr. Nullipara	Perit. tub. u. Tuberculose der Tuben u. Blase. Kein Ascites	Lap. mit Entfernung beiderseitiger Adnexe	Tuberculose der Tuben u. Blase

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Glatte Heilung. 3½ J. später bestes Wohlbefinden		
	Heilung aufgehalten durch Kopffistel, die sich schliesst		† an allgemeiner Tuberculose
	Heilung. 3 Monate p. op. bestes Wohlbefinden. Leib flach, weich mit Ausnahme der Magengegend, wo noch das stark verdickte Netz getastet werden kann		
	Heilung. Pat. hat ½ J. p. op. 20 Pfd. zugenommen		
	Heilung mit zurückbleibender Kothfistel. Gewichtszunahme 30 Pfd.		
		Vorher einfache Lap. † Einige Wochen p. op. infolge der von anderer Seiten gemachten Estirpation der Adnexe	
	Heilung. 3 Monate p. op. Wohlbefinden		
		Anfangs nach d. op. gutes Befinden, keine Schmerzen, erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens u. Ernährungszustandes. 2 Monate später Schmerzen im Leibe, Harndrang, heftige Schmerzen beim Wasserlassen	

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
9. Alterthum	23 jähr. Nullipara	Perit. tub. der Tuben ohne Ascites	Lap. mit Abtragung der ganzen rechtsseitigen Adnexe u. Extirpation d. medialen Teils der linken Tube und eines Stückes des Uterushornes	Tuberkulose der Tuben
10. Alterthum	22 jähr. Nullipara	Tub. d. uterus der Tuben u. d. Perit. kein Ascites	Abdominale Totalextirpation des uterus mit den Adnexen	Tuberkulose der Tuben u. des uterus
11. Frank-Orthmann	34 jähr. Frau	Perit. tub. mit beiderseitiger Adnexerkrankungen. Ascites	Lap. mit Entfernung d. Adnexe, Ventrofication uteri	Tuberkulose der Adnexe
12. Theilhaber	45 jähr. Frau	Perit. tub. Ascites	Lap. mit Entfernung d. linken Adnexe	Tuberkulose der linken Tube und des Darmes
13. Hegar	24 jähr. Mädchen	Tub. d. Tuben u. d. Perit., kein Ascites	Lap. mit Entfernung d. Adnexe	Tuberkulose der Tuben

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Fieberfreier Heilungsverlauf. 5 Mo. p. op. die Beschwerden völlig geschwunden. Perioden nicht mehr eingetreten. Bauchnarbe fest. Abdomen weich, nicht druckempfindlich		
	Glatter Heilungsverlauf. 4 Monate p. op. Befinden gut.		
		In der 3. Woche p. op. in der linken Bauchgegend heftige Schmerzen. Dämpfung daselbst nachweisbar. Incision. Eine Menge Eiter entleert sich. Im unteren Winkel der Bauchnarbe ein tub. Abscess. 6 Wochen p. op. entlassen. Der Zustand bessert sich bis etwa 4 Mo, p. op. eine Kotfistel entstand, wenige Tage darauf †. Sect: Perit. tub. Kotfistel	
			Wunde p. op. geheilt Pat. klagt über Leibschmerzen und Diarrhoeen 5 Mo. p. op. † an Darmtub.
	Guter Heilungsverlauf. 5 Mo. p. op. sind die früheren starken Beschwerden nicht wieder gekommen. Nur bisweilen leicht brennende Schmerzen im Kreuz		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
14. Hegar	27jähr. Frau	Tub. d. Tuben u. d. Perit. Kein Ascites.	Lap. mit Entfernung d. Adnexe.	Tub. d. linken Tube, rechts d. Tube u. Ovarien
15. Hegar	23jähr. Mädchen	Tub. d. Tuben u. d. Perit. Kein Ascites.	Lap. mit Entfernung d. Adnexe.	Tub. d. Adnexe
16. Hegar	24jähr. Frau	Tub. d. Tuben u. d. Perit. Kein Ascites.	Lap. mit Castration und Salpingotomie	Tub. d. Adnexe
17. Hegar	29jähr. Frau	Tub. d. Tuben u. d. Perit. Kein Ascites.	Lap. mit Castration und Salpingotomie	Tub. d. Adnexe
18. Varneck	23jähr. Frau	Tub. Perit. mit tub. Degen. der Tuben u. Ovarien. Ascites.	Lap. mit Exstirpation d. Tuben u. Ovarien	Tub. d. Adnexe
19. Tscherning	15jähr. Mädchen	Tub. d. Perit. u. der Adnexe. Ascites	Lap. mit Entfernung einerseits der ganzen Adnexe auf der anderen Seite der Tube nebst einer kindskopfgrossen Parovarialcyste.	Tub. d. Adnexe

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Gute Rekonvalescenz. 3 J. p. op. fühlt Pat. sich leidlich. Leidet an zeitweise auftretenden Leib- u. Brustschmerzen. Fühlt sich matt. Gewichtszunahme		
	Ungestörte Rekonvalescenz. 14 Mon. p. op. völliges Wohlbefinden. Unregelmässige seltene Blutabgänge.		
	Genesung. ½ J. später Pleuritis und Lymphdrüsenschwellungen. 1 J. p. op. Befinden gut. Gewichtszunahme.		
	Verlauf der Heilung günstig. 1 J. p. op. völliges Wohlbefinden. Vierwöcheutlich geht Blut aus der noch geöffneten Narbe, des Unterleibs und aus der Scheide ab.		
	Andauerndes Wohlbefinden d. Pat. während mehr als 1 Jahr. Menstruation regelmässig trotz Abtragung d. Tuben u. Ovarien.		
	Heilung ohne Störung. 2¼ Jahr p. op. Pat. völlig wohl. Menstruation regelmässig und völlig schmerzlos.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums.
20. Treub	Mädchen	Peritonitis tub. Tuberkulöse Erkrankung der Tuben und des Uterus. Ascites	Lap. mit Exstirpation der Tuben und des Uterus	Tuberkulose des Uterus u. d. Tuben
21. Sick	Frau	Peritonitis tub. mit Erkrank. d. Ovarien. Ascites	Lap. mit Entfernung der Ovarien	Tuberkulose der Ovarien
22. Sänger	Frau	Bauchfell- u. Tubentub. abgesackter Ascites	Lap. mit Exstirpation der Adnexe	Tuberkulose der Tuben
23. Elliot	25 jähr. Nullipara	Tuberkulose d. Tuben und des Peritoneums Ascites	Lap. mit Entfernung d. Tuben	Tuberkulose der Tuben
24. Elliot	Frau	Tuberk. d. Peritoneums u. der r. Tube nebst Ovarium. Ascites	Lap. mit Entfernung d. rechten Tube nebst Ovarium	Tuberkulose der rechten Tube und Ovarium
25. Martel	32 jähr. Frau	Peritonealtub. Ovarialtumor, Pleuritis exsud. dextra. Ascites	Lap. mit Entfernung des Ovarialtumors	Ovarialtumor
26. Marchand	Frau	Peritonitis tub. exsud. mit Erkrankung der Adnexe	Lap. mit Erkrank. d. Adnexe	Tuberkulose der Adnexe
27. Sippel	20 jähr. Virgo	Peritonitis tub. sicca und tub. der rechten Adnexe	Lap. mit Entfernung d. rechten Adnexe	Tuberkulose der Adnexe

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Pat. war $1^1/_2$ J. p. op. vollkommen gesund		
	Heilung nach mehreren Jahren noch bestehend		
	Heilung. 3 Monate später gutes Befinden. Leib flach, weich, mit Ausnahme der Magengegend, wo das verdickte Netz tastbar ist		
	Pat. befindet sich $3^1/_2$ J. p. op. vollkommen wohl		
			Es bildete sich eine Kotfistel, welche heilte. 2 Monate später † durch allgemeine Tuberkulose.
Pleuritis exsudativa dextra	Heilungsverlauf gut. Das Pleuraexsudat vermindert sich. 3 Monate p. op. völliges Wohlbefinden		
	4 J. später Heilung konstatiert gelegentlich einer 2. Lap., gemacht wegen Darmverschluss		
	Glatte Genesung. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens. $^1/_2$ J. p. op. dieselben Beschwerden links wie früher rechts. Lap. Abtragung der linken Adnexe. Glatte Rekonvalescenz $2^1/_2$ J. p. op. völlig beschwerdefrei		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
28. A. Scott Warthon	Frau	Exotonische Schwangerschaft. Tub. d. Perit. u. d. Tuben. Ascites	Lap. mit Entfernnng der Tuben u. des Tumors	In d. Placenta, d. Nabelschnur, d. Wand d. Eies Tubercel.
29. Seeligmann	40jähr. Frau	linksseitiger tub. Tuboovarialtumor u. ein tub. periproctitischer Abscess	Lap. mit Exstirpation d.Tumors. Eröffnung d. Douglas, Tamponade d. kleinen Beckens u. Drainage durch d. Douglas	Tuberculose der linken Adnexe u. periproctitischer tub. Abscess
30. Wahlström	Frau	Genital- u. Peritonealtuberc. Ascites	Lap. mit Entfernung der Adnexe	
31. Sänger	26jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrank. d. linken Adnexe u. d. rechten Tube. Abgekaps. Ascites	Lap. mit Exstirpation der linken Adnexe u.d.rechten Tube	Tuberculose der linken Adnexe u. d. rechten Tube
32. Hinterberger	38jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrankung d. Tuben. Ascites	Lap. mit Entfernung d.Tuben	Tuberculose der Tuben
33. Hinterberger	36jähr. Frau	Perit. tub. hydropsaccatus. Tuberculose der rechten Adnexe	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe	Tuberculose der rechten Adnese
34. Hinterberger	22jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrank. d. Adnexe. Inf. der link. Lunge, Ascites	Lap. mit Entfernung d. Adnexe	Tnberculose der Adnexe

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
			$1^1/_2$ J. p. op. wegen Empyema pleurae operiert, danach exites
Lupus faciei	Glatte Heiluug. 2 Monate p. op. ist Pat. vollkommen beschwerdenfrei. Der Lupus faciei, der seit Jahren bestand, heilte während der Rekonvalescenz d. Pat. spontan mit glatter Narbe		
			† ein Jahr p. op. an Empyema pleura. Sekt.: Peritoneum normal. nach oben ein wenig verdickt
	Verlauf völlig ungestört. Die späteren Nachrichten waren durchaus günstig		
Infiltration der Lungenspitzen		Pat. ist in der Heimat ihrem Leiden erlegen	
	Pat. geheilt entlassen Seitdem vollkommen arbeitsfähig, keine Beschwerden, Gewichtszunahme		
Infiltration d. linken Lunge	Afebriler Verlauf. Seitdem keine Beschwerden u. keine Volumenzunahme des Abdomens		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
35. Frees	28 jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrankung der recht. Adnexe.	Lap. mit Entf. d. rechten Adnexe.	Tuberkulose der rechten Adnexe.
36. Frees	27 jähr. Frau	Perit. u. Salpingitis d. rechten Adnexe. Ascites.	Lap. mit Exstirpation beider Tuben.	Tuberkulose der Tuben
37. Frees	17 jähr. Mädchen	Perit. tub. mit Erkrankung d. rechten Adnexe. Ascites.	Lap. mit Exstirpation d. rechten Adnexe	Tuberkulose der rechten Adnexe.
38. v. Marchthurn	27 jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrankung beider Adnexe, abgekapselte Ascites.	Lap. mit Eröffnung eines cystischen Tumors u. Einnähen der Cystenwand in d. Bauchdecke.	Adnexe beiderseits in Tumoren umgewandelt.
39. Ferri	22 jähr. Mädchen	Tub. d. Perit. u. d. Adnexe. Ascites.	Lap. mit Entfernung der Adnexe	Tuberkulose der Adnexe.
40. Ferri	24 jähr. Mädchen	Perit. tub. mit Erkrankung der Tuben. Ascites.	Lap. mit Exstirpation beider Adnexe.	Tuberculose der Tuben

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
		Fieberhafter Verlauf. † 6 Wochen nach der Entlassung.	
	Reaktionsloser Verlauf. 3 Jahre p. op. vollkommenes Wohlbefinden Kein Ascites.		
	4 Wochen p. op. entlassen. Guter Kräftezustand. Kein Ascites. 1 J. p. op. blühendes Aussehen, kein Ascites.		
Tub. pulm.	Heilungsverlauf gut. 1½ J. p. op. Wohlbefinden.		1 J. darauf † an einem Lungenleiden.
		Heilung p. pr. Bei der Entlass. Abd. gespannt Lap. Wunde ödematös Fieber. Zu Hause öffnet sich die Narbe. Peritonealflüssigkeit entleert sich. Einige Zeit darauf perforiert eine Darmschlinge. † 6 Mon. p. op.	
	Rekonvaleszenz aufgehalten durch 2 Abcesse in der Narbe. 14 Tage p. op. im linken Scheidengewölbe ein Exsudat, das zum Rectem perforierte. Hierauf völlige Genesung. 3. J. p. op. ganz gesund.		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
41. Ferri	19 jähr. Mädchen	Doppelseitige Tubentuberkulose. Tub. perit. incipiens. Kein Ascites	Lap. mit Exstirpation der Adnexe	Tuberkulose der Adnexe
42. Ferri	23 jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca u. tub. der Adnexe	Lap. mit Abtragung beider Adnexen	Tuberkulose der Adnexe
43. Ferri	23 jähr. Mädchen	Perit. tub. mit Adnexerkrankung Ascites	Lap. mit Abtragung der Adnexe	Tuberkulose der Adnexe
44. Ferri	31 jähr. Mädchen	Perit. tub. sicca mit tub. Adnexerkrankung	Lap. mit Abtragung der Adnexe, wobei sich aus einem Riss käsiger Eiter entleert	Tuberkulose der Adnexe
45. Brockmann	26 jähr. Mädcheu	Perit. tub. mit Erkrankung d. Adnexe. Ascites	Lap. mit Exstirpation links der Tube, rechts der Tube und Ovarium. 15 Wochen darauf Totalexstirpation von der Scheide	Tuberkulose der Adnexe
46. Mansbach	46 jähr. Frau	Perit. tub. mit Erkrankung der Tuben. Ascites	Lap. mit Exstirpation der Tuben	Tuberkulose der Tuben

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
	Wunde heilt bis auf eine Fistel, die sich erst 2 Jahre p. op. vollständig schliesst. Befinden dabei gut. Seit der op. sind 3 Jahre verflossen		
	2 J. p. op. ist Pat. in gutem Gesundheitszustande		
Ueber der rechten Spitze verschärftes Vasiculäratmen	Glatter Wundverlauf. 1½ J. p. op. gute Gesuudheit		
		1 Tag p. op. exitus. Sect.: Pleuritis adhaesiva dupl. Peritonitis purulenta. tub. perit.	
	½ J. p. op. Allgemeinbefinden gut. Gewichtszunahme 8 Pfd. Oberhalb der Symphyse eine kleine Fistelöffnung, aus der sich Seidenfäden entleert haben	14 Tage p. op. Wiederansammlung des Ascites. Wunde p. pr. gehetlt. Eine Fistel bleibt zurück. Bildung einer eitrigen Abscesshöhle. Deswegen Exstirpation d. uterus, Drainage d. Abscesshöhle zum Scheidengewölbe. Eiterung hört auf. Danach Wohlbefinden	
Verkürzung des Schalls auf beiden Lungeespitzen	1 J. p. op. Leib- und Magenschmerzen noch vorhanden, ebenso Husten, Appetit gut, Gewichtszunahme		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
47. Lauser	27jähr. Arbeiterin	Tuberculosis tubarum et Perit. tub. Ascites.	Lap. mit Exstirpation der Tuben.	Tuberculose der Tuben
48. Trzebicky	48jähr. Frau	Perit tub. abgesacktesExsudat. Tub. der Tuben.	Lap. mit Exstirpation der Tuben	Tuberkulose der Tuben
49. Lauper	20jähr. Mädchen	Tub. der inneren Geschlechtsorgane, des Perit Ascites.	Lap. mit Exstirpation d. Tuben.	
50. Lauper	Fräulein	Perit. tub. mit Erkrankung der Tuben. Ascites.	Lap. mit Exstirpation d. Adnexe.	Tuberculose der Tuben.
51. Lauser	38jähr. Frau	Perit. tub. exsud. mit Erkrank. der rechten Tube	Lap. mit Exstirpation d. rechten Tube.	Tuberculose d. rechten Tube
52. Frees	20jähr. Mädchen	Perit. tub. Acsites. mit Erkrankung der rechten Adnexe.	Lap. mit Exstirpation d. rechten Adnexe.	Tuberculose der rechten Adnexe
53. Lauser	27jähr. Patientin	Perit. tub. exsud. mit Erkrankung d. Tuben	Lap. mit Exstirpation der Tuben.	Tuberculose der Tuben.

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Tub. Katarrh der linken Lungenspitze.	9 Monate p. op. Darmfistel, die durch op. geheilt wurde. Fast 2 Jahre p. op. Wohlbefinden, keine Schmerzen, kein Ascites, kein Husten, arbeitsfähig		
	Glatter Heilungsverlauf. 3 J. p. op. Wohlbefinden		
	Heilung. 8 J. p. op. ganz gesund, keine Abdominalbeschwerden, kein Husten, Gewichtszunahme		
	5 Jahre p. op. Wohlbefinden, keine Beschwerden, Gewichtszunahme		
		14 Tage p. op. Wiederkehr d. Ascites. † 2 Monate p. op.	
	1 J. p. op. blühendes Aussehen, kein Ascites, Residuen einer überstandenen Parametritis		
	$^1/_4$ J. p. op. völliges Wohlbefinden und arbeitsfähig		

Autor	Alter, Geschlecht	Diagnose	Therapie	Tuberkulöse Erkrankung in der Nähe des Peritoneums
54. Lauper	Fräulein	Perit. tub. exsudat Tuberculose der Tuben	Lap. mit Entfernung der Tuben	Tuberculose der Tuben
55. Mago Robson	16jähr. Mädchen	Abgekapseltes Exsudat. Perit. tub. Tuberculose der rechten Tube	Lap. mit Exstirpation der rechten Tube	Tuberculose der rechten Tube
56. Chaudelux	18jähr. Mädchen	Abgesacktes Exsud. Perit. tub. Tuberculose der Tuben	Lap. mit Exstirpation der Tuben	Tuberculose der Tuben
57. Feldmann	20jähr. Frau	Perit. tub. exsudat. Tuberculose der Tuben. Lungen suspect.	Lap. mit Entfernung der Tuben	Tuberculose der Tuben
58. Werth	22jähr. Mädchen	Perit. tub. exsud. Tuberculose der Tuben	Lap. mit Exstirpation der Tuben	Tuberculose der Tuben
59. Werth	Frau	Perit. tub. exsud. Tuberculose der Tuben	Lap. mit Exstirpation der Tuben	Tuberculose der Tuben
60. Werth	20jähr. Mädchen	Perit. tub. mit tub. der Tuben. Ascites	Lap. mit Entfernung der Tuben	Tuberculose der Tuben

Erkrankung anderer Organe	Erfolge der Operation		
	Heilung	Misserfolg	
		Infolge Recidiv	Durch andere Ursachen
Cystisches Geräusch an der Herzspitze. Tuberculose der rechten Lunge	Glatter Wundverlauf. 7 Mon. p. op. Abdomen flach, keine Dämpfung, nicht schmerzhaft, Appetit gut, 15 Pfd. Gewichtszunahme.		
Tuberculosis pulm.			Heilung. Pat. erholt sich. 1 Monat p. op. † an Lungentuberk.
Lungen suspect	6 Mon. p. op.: es besteht eine kleine Fistel. Befinden gut.		
Lungen suspect	3 Monate p. op. Ascites nicht nachweisbar.		
	2. J. p. op. gutes Befinden. Lungen gesund.		
	6 Mon. p. op. Schmerzen im Leibe. Leib bis auf einige Verdickungen normal.		
	Guter Heilungsverlauf. Bei späterer Untersuchung keine Anzeichen von Tub. Wohlbefinden.		

Von den 266 aus der Litteratur gesammelten Fällen gehören 186 = 70.03 % der exsudativen Form der Peritonitis tuberculosa mit freiem Erguss an. Von ihnen sind 133 = 71.65 % geheilt, 53 = 28.34 % nicht geheilt.

42 mal = 15.5 % ist bei der trockenen Form der Peritonitis die Laparatomie gemacht worden. Ein Erfolg ist bei 26 von diesen = 61.9 % eingetreten, während in 16 Fällen, d. h. in 38.35 % die Laparatomie erfolglos war.

Laparatomie bei Peritonitis mit abgekapseltem Erguss habe ich 32 in der Litteratur gefunden. Von ihnen sind 24 = 75 % geheilt, nicht geheilt dagegen nur 8, was 25 % ergiebt. — Nur über 6 Fälle der eitrigen Form der Bauchfelltuberculose, die laparatomiert wurden, ist in der mir zugänglichen Litteratur berichtet. Nur 1 von dieser ist geheilt, dagegen 5 = 83.3 % sind trotz der Operation ad exitum gekommen.

Die überwiegende Mehrzahl der wegen Peritonitis tuberculosa Operierten 190 = 71.5 % waren Frauen. Von diesen sind 132 = 69.64 % geheilt; erfolglos war die Operation an 58 = 30.52 %.

Die 2. Stelle in Bezug auf die Anzahl der Operationen nehmen die Kinder ein mit 63 = 23.5 %. Bei ihnen hat die Operation die besten Erfolge erzielt. Von den 63 laparatomierten Kindern sind 47 = 74.6 % geheilt, während nur 16 = 23.8 % nicht geheilt wurden.

Ueber eine Laparatomie bei Männern über Bauchfelltuberkulose ist nur 13 mal = 4.89 % in der Litteratur berichtet. Bei nur 5 von ihnen, d. h. bei 38.47 % ist ein Erfolg zu verzeichnen. Bei 8 dagegen = 61.47 % ist keine Heilung eingetreten.

Die Operation beschränkte sich in 207 Fällen auf die einfache Incision, eventuell nebst Ablassung der

Ascites und Lösung einzelner Adhaesionen, 60 mal wurden bei der Laparatomie gleichzeitig ein Teil oder die ganzen Adnexe entfernt.

Die Resultate der einfachen Laparatomie ergaben 136 = 66.18 % Heilungen und 70 mal einen Misserfolg, was 33.81 % ausmacht.

Ein Erfolg der Laparatomie mit Exstirpation der Adnexe ist bei 48 Fällen = 80 % eingetreten. Ein Misserfolg ist bei 12 Fällen = 20.43 % zu verzeichnen.

Neben der Peritonitis tuberculosa bestanden in 115 Fällen = 43.08 % noch tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe des Abdomens. Von diesen fällt die überwiegende Mehrzahl 97 = 84.34 % auf die Erkrankungen der Tuben und der Rest auf die Ovarien, den uterus, die Lymphdrüsen des Abdomens und den Darm.

Ausser den Organen des Abdomens waren in 75 Fällen noch andere Organe tuberkulös erkrankt. 67 = 89.3 % von diesen fallen allein auf die Lungen und die übrigen auf Tuberkulose der Haut, Knochen und Drüsen.

Die Ergebnisse der Zusammenstellungen zeigen zunächst, dass ein grosser Procentsatz der Peritonealtuberculose durch die Laparatomie geheilt wird. Von den Fällen hiesiger Klinik sind es 58.82 %, von den aus der Litteratur zusammengestellten sind es 69.29 %. Die schlechten Erfolge, wie sie meist nach der Laparatomie angeführt werden, sind durchaus nicht alle dem Weiterschreiten der Peritonitis zuzuschreiben. Ein Teil derselben ist vielmehr auf andere Ursachen zurückzuführen. So ist von den in hiesiger Klinik behandelten Fällen eine Patientin an Lungengangrän nach einer chirurgischen Operation ad exitum gekommen. Ebenso wird auch in der Litteratur durch die Todesfälle, die eine andere Krankheit zur Ursache haben, das Bild der Erfolge der Laparatomie getrübt. Solche Fälle, bei

denen andere Krankheiten zur Todesursache werden, dürfen nicht ohne weiteres unter die Misserfolge der Laparatomie eingereiht werden. Ist vielmehr eine längere Heilungsdauer konstatiert worden, und sind Zeichen einer bestehenden Peritonitis nicht aufgetreten, so ist ein solcher Fall unter die Erfolge zu rechnen, trotzdem der Tod, eben durch andere Ursachen bedingt, eingetreten ist. Dies berücksichtigend, ist nur eine richtige Beurteilung der Erfolge der Laparatomie möglich.

Von den aus der Litteratur entnommenen Krankheitsberichten sind 14 an Lungentuberculose, 5 an Darm- und 12 an allgemeiner Tuberculose ad exitum gekommen. Ausserdem 3 an intercurrenten Krankheiten.

Bei 7 von den Fällen der an Lungentuberculose Verstorbenen ist ein längerer Zeitraum seit der Operation beschwerdefrei verstrichen und ausserdem sind keine Zeichen noch bestehender Peritonitis weder klinisch noch anatomisch nachgewiesen. Diese wären demnach auch als geheilt zu betrachten. Aus denselben Gründen sind 3 Fälle, die an Darmtuberculose, 2 die an Meningitistuberculosa, 1 der an Miliartuberculose und 1 der an intercurrenter Krankheit gestorben ist, zu den Erfolgen der Laparatomie zu rechnen. Hierdurch wird der Prozentsatz der Heilungen von 69.29 % auf 74.2 % erhöht. — Einen wesentlichen Einfluss auf die Erfolge der Laparatomie hat, was auch bereits von mehreren Autoren betont worden ist, die Art der Peritonitis. Der grosse Unterschied der Erfolge der Laparatomie bei Peritonitis tuberculosa mit Flüssigkeitserguss gegenüber der trockenen Form und der Peritonitis mit eitrigem Exsudat liefert den besten Beweis hierfür. Die höchsten Erfolge der Laparatomie sind bei der exsudativen Form der Peritonitis zu verzeichnen.

Von dieser liefern wiederum die Fälle mit abgekapseltem Erguss mit 75 % der Heilungen gegenüber den Formen mit freiem Ascites mit 71.65 % ein um 3.35 % besseres Resultat. Die Fälle hiesiger Klinik mit freiem Erguss ergaben 63.63 % Heilung; von den 4 Patientinnen mit abgekapseltem Erguss sind dagegen nur 2 geheilt. — Ein bedeutend ungünstigeres Resultat wird bei der trockenen Form der Peritonitis durch die Laparatomie erzielt. Gegenüber der exsudativen Form sind bei dieser Art nur 61.9 % der Operierten geheilt, was im Vergleich zu der Peritonitis mit freiem Erguss ein minus von 9.75 % und gegenüber der exsudativen Form mit abgekapseltem Erguss sogar ein minus von 13.1 % ausmacht. Das günstigere Heilungsresultat bei der exsudativen Form der Peritonitis hat nach der Ansicht der meisten Autoren seine Ursache in dem die therapeutische Wirkung der Incision noch unterstützenden Heileffekt des Ablassens des Ascites. Nach Theilhaber wird durch die Entleerung des Exsudats die Arbeit des Herzens und der Lungen erleichtert und die Circulation im Unterleib wesentlich gebessert. Dazu kommt noch, dass durch das Verschwinden des Ascites die Funktion der grossen Unterleibsdrüsen gehoben wird, besserer Appetit sich einstellt und hiermit im Zusammenhange der Gesamtzustand auf ein höheres Niveau gebracht wird. Die vom Druck der Exsudates befreiten Lymphgefässe resorbieren nicht blos den Rest des Exsudats, sondern können auch zur Aufsaugung anderer pathologischer Produkte beitragen.

Das bei weitem ungünstigste Resultat liefert die Peritonitis mit eitrigem Erguss. Bei ihr sind nur 16.7 Heilungen zu verzeichnen, während 83.3 % der operierten Fälle ad exitum gekommen sind.

Dieses schlechte Ergebnis wird hervorgerufen durch die Schwierigkdit, die Bauchhöhle bei dieser Form der

Peritonitis vor allgemeiner Infection zu schützen. Eine Gefahr besteht bei den eitrigen Ergüssen in der zugleich meist bestehenden grossen Brüchigkeit der Darmwandungen. Bei dem Versuch, mit einander adhaerente Därme zu lösen, um die abgesackten Eiterungen zu entleeren, reisst die Darmwand oft ein, ohne dass man auch die geringste Gewalt angewandt hat, und es entstehen Kothfisteln. Eine Darmnaht hält in dem bröckeligen Gewebe meist schlecht. Leicht kommt es auch zu parenchymatösen Blutungen aus den losgetrennten Partieen und aus der einfachen Eröffnung der Bauchhöhle wird oft eine Operation mit allen möglichen Complicationen.

Neben der Art der Peritonitis ist nach der zusammengestellten Statistik auch das Geschlecht und Alter der Operierten von wesentlichem Einfluss auf die Erfolge der Laparatomie. Hier liefert die Operation, bei Kindern vorgenommen, die besten Resultate mit 74.6 % Heilungen.

Dieser relativ sehr hohe Prozentsatz des guten Erfolges ist wohl der besonders starken Reaktionsfähigkeit des kindlichen Körpers auf die Incision und der guten Vitalität des jugendlichen Organismus zuzuschreiben.

Gegenüber diesem besonders günstigen Resultat der Operation bei Kindern sind von den Frauen nur 69.64 % und von den Männern sogar nur 38.47 % geheilt.

Eine wichtige Frage ist es, in wie weit die Zurücklassung tuberculös erkrankter Organe des Abdomens einen Einfluss auf die Erfolge der Operation hat gegenüber den Fällen, bei denen die erkrankten Organe entfernt wurden. In Betracht kommen dabei die Tuben und die Ovarien, tuberculöse Drüsen und der Darm. Von diesen Organen sind es in erster Linie die Tuben, die das Interesse in Anspruch nehmen, weil sie am weitaus häufigsten erkrankt vorgefunden werden, und weil von ihnen die Erkrankung besonders leicht fortgepflanzt

wird. Die Häufigkeit der Erkrankung der Tuben erklärt sich daraus, dass sie einen günstigen Angriffspunkt für die Tubercelinvasion bieten. Ihre Infektion kann auf verschiedene Weise erfolgen. Dem Wege nach, auf dem sie stattfindet, unterscheidet Hegar und mit ihm Alterthum eine ascendierende und eine descendierende Form. Bei der ascendierenden Form gelangt das Gift in den Sexualschlauch und geht von da nach oben. Die Tubercelbacillen dringen nach Hegers Ansicht, wie es Rudolf Maier für die Eitererreger bewiesen hat, von kleinen Verletzungen am Introitus und der Vagina in die Lymphspalten des paravaginalen und parametranen Gewebes und gelangen von da auf dem Wege der Lymphbahnen zum Peritoneum und zum Tubentrichter.

Ein etappeweises Fortschreiten der Keime im Gewebe der Schleimhaut, wobei die Bacillen sich zuerst in der Scheide oder im Cervix ansiedeln und von dort sich durch den Uterus weiter nach oben bis hinein in die Tuben ausbreiten, ist nur relativ selten beobachtet worden. Viel erörtert ist die Frage, ob die Bacillen den Spermatozoen ankleben und durch diese bis in die Tuben mitgeschleppt wurden. Aber da, wo sicher im Samen Bacillen gefunden werden, bei Hoden und Nebenhodentuberculose, hat die normale Beweglichkeit der Spermatozoen Einbusse gelitten, sodass diese Infection an Wahrscheinlichkeit verliert. Viel genauer wie bei der ascendierenden ist der Entstehungsmodus bei der descendierenden Form der Infection der Tuben bekannt. Hierbei greift die Infection vom Beckenperitoneum auf die Tuben über. Die Quelle für die Bacillen bildet in erster Linie der Darm. Bei Darmtuberculose durchsetzen Keime die Darmwand und gelangen zur Serosa. Die bei Phthisikern durch Verschlucken ihres eigenen Spetums oder bei Gesunden mit der Nahrung in den Darm gelangten Bacterien können auch ohne Geschwürs-

bildung in das Gewebe der Darmschleimhaut und von da zur Serosa gelangen. Wie leicht die Darmwand Keime hindurchtreten lässt, geht aus den Versuchen von Posner und Lewin hervor. Schon durch Erzeugung von Kotstauungen brachten dieselben bei ihren Versuchstieren ein Hindurchwandern von Bacterium coli durch die Darmwand zustande. Auf welche Weise die Bacillen von der Darmserosa in die Genitalien gelangen, darüber haben die von Hegar angeführten Versuche Pinners Aufschluss gebracht. Dieser zeigte, wie kleine Teilchen eines festen Körpers, z. B. die Partikel der chinesischen Tusche, welche in die Bauchhöhle von Tieren gebracht wurden, nach den abhängigsten Teilen des Bauchfells in die Nähe des Tubentrichters und in die Tuben hineinwandern.

Der Darm ist wohl die gewöhnliche Quelle bei der descendierenden Form der Genitaltuberkulose. Doch kann der ursprüngliche Herd auch tuberkulöse Drüsen sein, oder die Infektion wird sogar von der Lunge aus durch die Lymphbahnen des Zwerchfells auf das Peritoneum und von da auf die Tuben fortgepflanzt. Die Tuben liefern von dem ganzen Genitaltractus den besten Nährboden für die Tubercelbacillen. Daher finden wir bei Genitaltuberculose auch bei der ascendierenden Form die hochgradigsten und ältesten Veränderungen in den Tuben. Der Grund hierfür liegt, wie bereits Hegar und nach ihm verschiedene andere Autoren betonten, in dem Unterschied zwischen den anatomischen Verhältnissen der Tubenschleimhaut einerseits und der Schleimhaut des Uterus und der Vagina andererseits. In den Falten und Buchten der Tubenschleimhaut haben die Bacillen ruhig Zeit und Gelegenheit zur Vermehrung und ungestörten Einnistung. Anders in der mit Plattenepithel ausgekleideten Scheide und im Uterus, wo die Schleimhaut infolge der Menstruation fortwährend dege-

nerativen und regenerativen Prozessen unterliegt und daher den Bacillen viel weniger günstige Lebensbedingungen liefert. Das in die Bauchhöhle frei hineinragende Ostium abdominale der Tube bietet gewiss einen günstigen Punkt für die Ansiedlung der Tuberculbacillen. Bedenkt man dann noch, dass das bei den häufigen Katarrhen der Tuben vorkommende Sekret keinen genügenden Abfluss nach dem Uterus hat, sondern sich im Ostium tubae uterinum oft staut, wodurch der Tubenkanal infolge der Schwellung der Schleimhaut durch die Entzündung leicht obstruiert wird, sodass Hydro- oder Pyosalpinx entsteht, so kann man sich wohl denken, dass das anormale und entkräftigte Tubengewebe sehr leicht dem tuberculösen Virus die Ansiedlung gestattet. So leicht wie die Tuben von der Tuberculose ergriffen werden, ebenso leicht pflanzen sie auch die Infection auf die Nachbarorgane fort. In der Litteratur sind verschiedene Fälle angeführt, bei denen anatomisch bewiesen ist, dass die Tuben den Ausgangspunkt für eine Peritonealtuberculose bildeten. Jordan berichtet über ein 18jähriges Mädchen, das eine Peritonitis tuberculosa, ausgehend von einer Tube hatte. Es wurde durch die Laparatomie blos das Exsudat entleert, die Tube wegen starker Verwachsung zurückgelassen. Es blieben daraufhin sämtliche Symptome einer Peritonitis aus, und die Kranke fühlte sich gesund. Nach $2^1/_2$ Jahren wurde wegen fortschreitender Tuberculose die Bauchhöhle wieder geöffnet. Es bestand die miliare Tuberculose in gleicher Weise weiter, dagegen fehlten das Exsudat und die Verklebungen und auch an der Bauchnarbe waren keine Verwachsungen vorhanden. Es war diese Peritonitis entweder von der Tube aus stets unterhalten worden, oder, da die Erscheinungen erst $2^1/_2$ Jahre später wieder eintraten, wäre es möglich, dass die 1. Laparatomie den

Prozess zur Heilung brachte und die Tuberculose des Bauchfells nur eine neue Attaque von Seite der tuberculösen Tube war. Sehr lehrreich für die secundäre Infection des Peritoneums durch tuberculös erkrankte Tuben ist auch der von Sippel veröffentlichte Fall. Es handelte sich um ein 20jähriges Fräulein, das wegen Salpingitis der rechten Tube mit gleichzeitiger Erkrankung des rechten Ovarium laparatomiert wurde. Bei der Operation wurde die rechte Tube und das zugehörige Ovarium entfernt. Tube und Ovarium waren auf ihrer Oberfläche mit nicht sehr zahlreichen, aber charakteristischen miliaren Tubercelknötchen besät. Die Tubenschleimhaut war in ihrer ganzen Ausdehnung tuberculös erkrankt, die Wand dadurch ziemlich gleichmässig verdickt und das Lumen mit mässiger Menge Detritus angefüllt. Das Ovarium enthielt wenige stärker gefüllte Follikel. Das Beckenbauchfell war in der Umgebung des Tubenostiums der rechten Seite mit einzelnen miliaren Knötchen bedeckt, im übrigen, namentlich nach links hin, war das Peritoneum gesund, ebenso die dem Auge sichtbar gemachten linksseitigen Anhänge. Ascites war nicht vorhanden. 6 Wochen nach der Operation wird Patientin nach glatter Rekonvaleszenz als geheilt entlassen. Die Schmerzen sind völlig beseitigt, das Allgemeinbefinden hat sich zusehends gehoben. Dieser Zustand hielt auch ca. $^1/_2$ Jahr an. Dann entwickelte sich verhältnismässig schnell dasselbe Krankheitsbild links, wie es rechts gewesen war. In dem scheinbar intakten Uterus wurde eine unzweifelhafte Tuberculose der Schleimhaut konstatiert. Bei einer zweiten Laparatomie wurde nun auch die linke Tube wegen tuberkulöser Erkrankung entfernt. Es war bei der zweiten Laparatomie von Interesse zu konstatieren, dass die bei der ersten Operation vorhanden gewesenen Tuberkeleruptionen auf

der rechten Seite des Beckenbauchfelles geschwunden waren. Statt dessen war jetzt die Umgebung des linken Tubenostiums damit besät. Im übrigen war das Peritoneum vollständig gesund. Auch die zweite Operation hatte den gleichen günstigen Einfluss wie die erste. Die Schmerzen sind dauernd beseitigt; die Patientin ist subjectiv und objectiv gesund. Seit der Operation bis zur Veröffentlichung des Falles sind $2^1/_4$ Jahre verflossen. ohne dass irgend welche weitere auf Tuberculose hindeutende Erscheinungen aufgetreten wären.

Nach diesen im Zwischenraum von $^1/_2$ Jahr durch Laparatomie erhaltenen zwei Befunden sind zweifellos beide Male die Tuben zuerst erkrankt gewesen und das Peritoneum erst secundär von der Tube inficiert worden.

Diese beiden Fälle erhellen zur Genüge, dass tuberculös erkrankte Tuben die Infection weiter fortpflanzen können, und auch sie nicht selten überhaupt den Ausgangspunkt der Peritonitis tuberculosa bilden.

Sippel spricht sogar, in Berücksichtigung seines von ihm veröffentlichten Falles, bei dem nach Entfernung der rechten Tube die in der Umgebung ihres Ostium abdominale befindliche Tuberculose zurückgeht, heilt, während zugleich in der Umgebung des ostium abdominale der frisch erkrankten linken Tube eine neue Tuberkeleruption sich entwickelt, die Vermutung aus, dass das Bauchfell von Haus aus eine grosse Widerstandskraft gegen das Tubercelgift hat, und wahrscheinlich erst durch gewisse chemisch wirkende Stoffe die sich aus dem Lumen der erkrankten Tube auf dasselbe ergiessen (Stoffwechselprodukte des Tuberkelbacillus?) vorbereitet oder soweit lädiert wird, dass die Tubercelbacillen sich auf ihm einnisten können. Analoges ist ja für andere Gewebe und andere Infectionsstoffe

konstatiert. Nur so dürfte seiner Meinung nach zu erklären sein, dass rechts die Tuberculose heilt, während sie zugleich links sich frisch entwickelt.

In der richtigen Erkenntnis der Thatsache der Weiterverbreitung der Infection von tuberculös erkrankten Tuben auf das Peritoneum haben bereits verschiedene Autoren auf die Notwendigkeit der Exstirpation derselben bei der Laparatomie hingewiesen. Unter anderen ist Winckel der Ansicht, dass, wo der Ausgangspunkt der Tuberkulose des Bauchfells — wie dies bei der von den weiblichen Genitalien ausgehenden gewöhnlich der Fall ist — von einem bestimmten Herde — den Tuben — zu konstatieren ist, und diese isolierbare Säcke bilden, dass dieselben exstirpiert werden müssen, schon um einem Recidiv vorzubeugen. Wo dagegen der ursprüngliche Herd in massenhafte Verwachsungen mit der Nachbarschaft — Ovarien, Uterus, Darm, Blase — eingebettet ist, dass man da besser von einer Entfernung abstehe. Durch die Exstirpation der erkrankten Tuben wird nach Ansicht dieser Autoren die Prognose der Laparatomie wesentlich gebessert, und die Aussicht auf Heilung ist eine verhältnismässig viel grössere als dort, wo fortwährend noch aus zurückgelassenen Herden Infektionsstoff nachgeliefert und dadurch eine Ueberwindung desselben viel schwerer gemacht wird. — Ganz im Gegensatz zu dieser Anschauung stellen einzelne Autoren unter ihnen Grechen und Spaeth, die Behauptung auf, dass die Exstirpation gleichzeitig erkrankter Tuben für den Erfolg der Laparatomie irrelevant sei. Spaeth spricht bei Bauchfelltuberkulose mit Beteiligung der weiblichen Genitalien am tuberkulösen Prozess sogar überhaupt jeden definitiven Erfolg der operativen Therapie ab, gleichviel, ob die erkrankten Teile exstirpiert werden oder nicht. Einen Erfolg verspricht er sich

nur bei isolierter Erkrankung entweder des Peritoneums oder der Tuben. Nur in letzterem Falle hält er die Exstirpation derselben für angezeigt.

Die Entscheidung dieser streitigen Frage wird durch einen Vergleich der Erfolge der Laparatomie mit und ohne Exstirpation der Tuben aus dem vorliegenden Material am besten erbracht. Von den in der Klinik behandelten Fällen ist bei 8 Patienten nur die einfache Laparatomie gemacht worden. Von diesen sind 4 = 50 % geheilt. Die teilweise oder vollständige Adnexexstirpation wurde bei 9 gemacht. Von diesen sind 7 = 77 % geheilt, 2 sind verstorben und das Schicksal einer ist unbekannt. Die einfache Laparatomie der aus der Litteratur entnommenen Fälle ergiebt insgesamt 66.17 % Heilungen, dem gegenüber zeitigt die Eröffnung des Abdomens und gleichzeitige Adnexexstirpation 76.6 % Heilungen, ein plus von 10 %.

Somit weist das Ergebnis des Vergleiches sowohl der Fälle aus hiesiger Klinik als auch der aus der Litteratur ein entschieden besseres Resultat zu Gunsten der Exstirpation der Tuben auf. Bei den hiesigen Fällen ist es ein plus von 27.7 % der Exstirpation der Tuben zu verzeichnen. Noch besser wird das Resultat für die Exstirpation erkrankter Tuben bei einem Vergleich des Erfolges nur der Fälle, bei denen eine Erkrankung der Tuben sicher bestand, dieselben aber trotzdem nicht exstirpiert wurden, gegenüber den Fällen, bei denen eine Erkrankung der Tuben konstatiert und dieselben auch entfernt worden sind. Die Fälle der Litteratur, bei denen nur einfache Incision gemacht wurde, weisen 37 mal die Erkrankung der Tuben auf. Von diesen 37 Patientinnen sind nur 13 geheilt, was 51.35 % beträgt. Dagegen sind von den 60 Patientinnen, deren erkrankte Adnexe entfernt wurden 76,6 % genesen. Dies

bedeutet für die Exstirpation erkrankter Tuben einen Mehrerfolg von sogar 25.25%.

Aus diesen Resultaten geht klar die Notwendigkeit der Entfernung tuberculös erkrankter Tuben bei der Laparatomie hervor. Hiermit wird praktisch der Einfluss tuberculös erkrankter und bei der Operation zurückgelassener Tuben auf die Verschlechterung der Prognose bewiesen, eine Möglichkeit, die theoretisch wegen des anatomischen Baues und der Lage der Tuben zur Genüge erklärt wird.

Nunmehr wäre noch die Frage zu beantworten, wie es kommt, dass einzelne Fälle von Peritonitis tuberculosa mit Adnexerkrankung ohne deren Exstirpation zur Ausheilung kommen, während bei anderen kein Erfolg aufzuweisen ist. Die Erklärung hierfür ist nach Nassauer in der Reaktion der Beckenzirkulation auf den Bauchschnitt zu suchen, die eine so gewaltige sein kann, dass sie bis zum Primärort der Tuberculose weiter wirkt, und auch diese zur Ausheilung bringen kann. Vierordt sagt: Im Anschluss an die Heilung der Bauchfelltuberculose wird oft auch das Ausgangsleiden geheilt. Immerhin wird dies nur in besonders günstigen Fällen geschehen. Denn im allgemeinen wird das Peritoneum natürlich durch den Bauchschnitt nicht gegen eine neue Infection immun.

Zum Schluss genüge ich der angenehmen Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Winter, für die gütige Ueberweisung der Arbeit und die freundlichen Anweisungen bei der Anfertigung derselben meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Alterthum: Tuberculose der Tuben und des Beckenbauchfells. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäcologie. Band 1, Heft 1.

Borchgrewink: Zur Kritik der Laparatomie bei der serösen Bauchfelltuberculose. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Jahrgang 1900.

Brockmann: Ueber die Tuberculose des Peritoneums und der weiblichen Genitalien. Inaugural-Diss. Erlangen 1893.

Bumm: Ueber die Heilungsvorgänge nach dem Bauchschnitt bei Bauchfelltuberculose. Centralblatt für Gynäcologie. Jahrg. 1893, No. 22.

Conitzer: Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrg. 1893, No. 23.

Czerny: Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose. Beiträge zur klin. Chirurgie. Band VI.

Elliot: Ueber tuberculöse Salpingitis. Centralblatt für Gynäcologie. Jahrg. 1893, No. 9.

Ferri: Beiträge zur Kasuistik der Laparatomie bei Peritonitis tuberculosa. Inaug.-Diss. Erlangen 1900.

Frees: Die operative Behandlung des tuberculösen Ascites. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrgang 1894, No. 45.

Grechen: Centralblatt für Chirurgie 1888, No. 13.

Hegar: Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes. Stuttgart 1886.

Hegar: Tuberculose der Tuben und des Beckenbauchfells. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrgang 1897, No. 45.

Hildebrandt: Ursachen der Heilwirkung der Laparatomie bei Bauchfelltuberculose. Münchner med. Wochenschrift. Jahrg. 1898, No. 15.

Hinterberger: 19 Fälle von Bauchfelltuberculose. Wiener klin. Wochenschrift. Jahrgang 1893, No. 38 und 39.

Herzfeld: Zur chirurgischen Behandlung der tuberculösen Bauchfellentzündung. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Jahrgang 1900.

Jaffé. Ueber den Wert der Laparatomie als Heilmittel gegen Bauchfelltuberculose. Sammlung klin. Vorträge, innere Medizin Nr. 63.

Jordan: Centralblatt für Chirurgie Jahrgang 1898. Seite 660.

Jsraël: Erfahrungen über die operative Behandlung der Bauchfelltuberculose. Deutsche med. Wochenschrift Jahrg. 1896 Nr. 1.

Köenig: Ueber diffuse peritoneale Tuberculose und die durch solche hervorgerufenen Scheingeschwülste im Bauch nebst Bemerkungen zur Prognose und Behandlung dieser Krankheit. Centralblatt für Chirurgie Jahrg. 1888 Nr. 6.

Koenig: Die peritoneale Tuberculose und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Centralblatt für Chirurgie. Jahrg. 1890 Nr. 35.

Kümmel: Laparatomie bei Bauchfelltuberculose Wiener med. Wochenschrift. Jahrg. 1888 Nr. 8 u. 9.

Lauper: Beiträge zur Peritonitis tuberculosa. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 59.

Löhlein: Erfahrungen über den Bauchschnitt bei tuberculöser Peritonitis. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrgang 1889 No. 32.

Lindner: Ueber die operative Behandlung der Bauchfelltuberculose. Deutche Zeitschrift für Chirurgie. Jahrgang 1892, Bd. XXXIV.

Mansbach: Ueber die Behandlung der tuberculösen Peritonitis durch die Laparatomie Inaug.-Diss. Karlsruhe.

v. Marchthurn: Weitere 19 mittels Laparatomie behandelte Fälle von Bauchfelltuberculose. Wiener Klin. Wochenschrift Jahrgang 1897 No .9.

Merkel: Beitrag zur operativen Therapie der Bauchfelltuberculose. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäcologie. Jahrgang 1898 No. 1.

Nassauer: Zur Frage der Heilung der tuberculösen Peritonitis durch Laparatomie. Münchner med. Wochenschrift. Jahrg. 1898 No. 16 u. 17.

Naumann: Ueber Peritonealtuberkulose. Centralblatt für Chirurgie. Jahrg. 1897. Nr. 11.

Nüsslein: Peritonealtuberkulose und ihre operative Therapie. Inaug.-Diss. Erlangen 1896.

Roosenburg: 3 Fälle von Peritonitis tuberculosa geheilt durch Bauchschnitt. Centralblatt für Gynäkologie. Jahrgang 1889. Nr. 31.

Sachs: Tuberkulöse Erkrankung der Adnexa uteri. Centralblatt für Gynäkologie. Jahrgang 1893. Nr. 12.

Schmalfuss: Zur Kasuistik der Laparatomie bei tuberkulöser Peritonitis. Centralblatt für Gynäkologie. Jahrgang 1887, p. 822.

Schwarz: Palliative Incision bei Peritonitis Tuber-

culosa. Wiener med. Wochenschrift. Jahrgang 1887 p. 13.

Sick: Zur Kasuistik der Laparatomie bei Bauchfelltuberculose. Centralblatt für Gynäkologie. Jahrg. 1892 N. 31.

Sippel: Beitrag zur primären Genitaltuberculose des Weibes nebst Bemerkungen zur Bauchfelltuberculose. Deutsche med. Wochenschrift Jahrgang 1894 N. 52.

Spaeth: Zur chirurgischen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Jahrg. 1889 Nr. 20.

Stolper: Untersuchungen über Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band XI.

Theilhaber: Die operative Behandlung der tuberculösen Peritonitis. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Jahrg. 1899 Band X.

Trzebicki: Zur Laparatomie der tuberculösen Peritonitis. Wiener med. Wochenschrift. Jahrgang 1888 Nr. 6 u. 7.

Varneck: Laparatomie wegen tuberculöser Peritonitis. Centralblatt für Gynäcologie. Jahrgang 1891 Nr. 35.

Vierordt: Ueber die Peritonealtuberculose, besonders über die Frage ihrer Behandlung. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Jahrgang 1890 Band 46.

Voigt: Beiträge zur Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane. Archiv für Gynäkologie, Band LIX.

Warth: Ueber Peritonitis tuberculosa. Inaug.-Dissert. Bonn 1897.

Werth: Ueber Genitaltuberculose. Archiv für Gynäkologie Jahrgang 1889, Band 35.

Westphal: Zur Heilung der Peritonealtuberculose mittels Leibschnitt. Centralblatt für Gynäcologie, Jahrgang 1897, Nr. 41.

v. Winkel: Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung. Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 201.

Wunderlich: Ueber die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Archiv für Gynäcologie Band I. IX.

VITA.

Johann v. Krencki, Sohn des verstorbenen Gutsbesitzers Anton v. Krencki und seiner Ehegattin Josephine, geb. Busch, katholischer Konfession, wurde geboren am 30. Juni 1874 zu Amortshöh, Kreis Putzig Westpr. Er besuchte die Gymnasien zu Neustadt Westpr., Konitz Westpr. und Greifenberg i. Pom., und wurde von letzterem Michaelis 1896 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Anfang des Wintersemesters 1896/97 bezog er die Universität zu Königsberg, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Am 21. Juli 1898 bestand er dortselbst die ärztliche Vorprüfung. Zur Fortsetzung seiner Studien begab er sich für das Wintersemester 1898/99 und das Sommersemester 1899 nach München und kehrte dann nach Königsberg zurück, wo er am 15. Juli 1901 das medizinische Staatsexamen beendigte.